

DES
ADHÉRENCES VRAIES
DU PLACENTA

L'adhérence... est observée le plus souvent
dans la pratique du jeune médecin...
Plus il avance en âge, plus elle devient
rare.

BRAUN.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 21 décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules DE BERNARD DE TEYSSIER

Interne des hôpitaux de Lyon et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Né à La Seyne-sur-Mer (Var), le 6 septembre 1876



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES
ADHÉRENCES VRAIES
DU PLACENTA

L'adhérence... est observée le plus souvent
dans la pratique du jeune médecin...
Plus il avance en âge, plus elle devient
rare.

BRAUN.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 21 décembre 1903

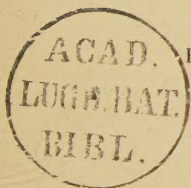
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules DE BERNARD DE TEYSSIER

Interne des hôpitaux de Lyon et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Né à La Seyne-sur-Mer (Var), le 6 septembre 1876



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU

Professeurs

MM.

Cliniques médicales.	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales.	X. GAYET.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAILLETON.
Clinique ophtalmologique.	PIERRET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.	WEILL.
Clinique des maladies mentales.	MONOYER.
Clinique des maladies des enfants.	HUGOUNENQ.
Physique médicale	GAZENEUVE.
Chimie médicale et pharmaceutique.	BEAUVISAGE.
Chimie organique et Toxicologie	LORTET.
Matière médicale et Botanique.	TESTUT.
Parasitologie	RENAUT.
Anatomie.	MORAT.
Anatomie générale et Histologie.	TEISSIER.
Physiologie.	AUGAGNEUR.
Pathologie interne	MAYET.
Pathologie externe	TRIPPIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLLOSSON (Maurice).
Anatomie pathologique.	ARLOING.
Médecine opératoire	LACASSAGNE.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (J.).
Médecine légale.	SOULIER.
Hygiène	FLORENCE.
Thérapeutique	
Pharmacologie.	

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
---	--------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX. —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS. —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.	DEVIC. —
Accouchements.	FABRE. —
Matière médicale.	MOREAU. —
Anatomie topographique.	DURAND. —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), président; DEVIC, assesseur;
MM. PIC et FABRE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR FOCHIER

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

EXTERNAT

MM.

Le professeur A. Poncet.

Le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Le professeur R. Lépine.

INTERNAT

MM.

Le professeur agrégé A. Pic, médecin des hôpitaux.

Le docteur Bret, médecin des hôpitaux.

Le professeur agrégé Devic, médecin des hôpitaux.

Le professeur M. Pollosson, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Le professeur agrégé Durand, chirurgien des hôpitaux.

Le docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux.

Le docteur Mollard, médecin des hôpitaux.

Le professeur Weill.

Le professeur agrégé Fabre, accoucheur des hôpitaux.

Monsieur le professeur Maurice Pollosson, dont l'enseignement m'a été si précieux, veut bien, en acceptant de présider mon jury de thèse, me donner une nouvelle marque d'intérêt. La reconnaissance que je lui garde s'en trouve accrue d'autant.

Monsieur le professeur agrégé Fabre, accoucheur des hôpitaux, m'a donné l'idée de ce travail pour lequel, d'ailleurs, il ne m'a ménagé ni son aide, ni ses conseils. Je n'oublierai pas la bienveillance et la sympathie qu'il a bien voulu me montrer.

Je veux ici donner un témoignage de très profonde gratitude à mes maîtres, Monsieur le professeur agrégé Devic et Monsieur le docteur Mollard. Pendant les mois trop rapides que j'ai passés dans leurs services, ils m'ont prodigué les témoignages d'un intérêt très vif et très flatteur. Ils ont bien voulu ensuite me continuer leurs conseils, me donner maintes preuves d'une infatigable sollicitude et me traiter en ami bien plutôt qu'en élève. Je les prie de croire que mes remerciements les meilleurs ne peuvent que rester en deçà de ma reconnaissance.

Je remercie cordialement Monsieur le docteur Edhem (de Salonique) qui a mis à ma disposition, avec beaucoup de complaisance, la traduction de plusieurs documents allemands. Je suis également reconnaissant à mon excellent ami Tolot, chef de clinique médicale, qui m'a aimablement fait bénéficier de sa connaissance de l'allemand.

CHAPITRE PREMIER

Limitation du sujet. — Rareté de l'adhérence vraie.

L'adhérence du placenta à l'utérus est une complication rare de la délivrance. Tous les traités d'accouchements, toutes les publications consacrées spécialement à cette question signalent la rareté de cet accident. Et pourtant, en lisant attentivement ce qui, dans ces divers travaux, est écrit à ce sujet, il nous semble que nombre d'auteurs n'en réduisent point encore assez la fréquence, ou mieux il nous paraît qu'il doit être fait une catégorie bien limitée d'adhérences placentaires, que nous appelons les *adhérences vraies*, et qu'il nous faut avant tout définir.

Pour le faire avec plus de clarté, il y a avantage, croyons-nous, à rappeler brièvement le processus normal du décollement placentaire et de son expulsion. Le rapide exposé que nous en ferons nous aidera d'ailleurs, plus tard, à mieux exposer et saisir l'étude histologique des lésions rencontrées au cours des adhérences vraies.

Au cours d'un accouchement normal, l'enfant une fois expulsé hors des parties maternelles, la cavité utérine se trouve à peu près vidée et les parois de l'organe reviennent sur elles-mêmes, d'abord parce que la cause de leur dis-

tension ayant disparu, leur rétractilité propre entre en jeu, ensuite parce que, au bout de quelques minutes, le muscle utérin entre à nouveau en contraction. Ces deux actions réunies de l'élasticité et de la contractilité utérine ont pour résultat la diminution de la surface interne de l'organe, et en particulier, de la région de cette surface sur laquelle est inséré le placenta. Mais, comme le tissu placentaire n'est pas rétractile, le tissu d'union inter-utéro-placentaire se trouve tirailé, dilacéré, et finalement déchiré. Un clivage se fait entre le délivre et la matrice : le décollement est effectué. La contraction utérine doit alors assurer d'une part l'hémostase de la plaie maternelle ainsi produite, et d'autre part l'expulsion de l'arrière-faix.

Mais nous voyons que l'accomplissement régulier du décollement placentaire nécessite entre l'utérus et le placenta la présence d'un plan de clivage. Ce plan est constitué par la couche spongieuse de la caduque inter-utéro-placentaire, ou sérotine. Sa constitution peut être assez simplement schématisée, si l'on laisse de côté les nombreuses discussions qui ont pu s'élever relativement à tel ou tel point spécial de cette question.

La muqueuse utérine normale, épaisse d'environ deux millimètres et reposant directement sur le muscle utérin, est constituée par de délicats faisceaux conjonctifs entre lesquels on voit de nombreuses cellules fusiformes ou étoilées et des éléments lymphatiques, le tout entouré d'une substance fondamentale amorphe. A la surface de la muqueuse se dispose un épithélium à cellules cylindriques portant des cils vibratiles. Enfin, traversant verticalement la muqueuse, se voient de nombreuses glandes en tubes. Au cours de la gestation, des modifications profondes se produisent dans

cette muqueuse. Son épaisseur, dès le début de la grossesse, s'accroît dans de fortes proportions. Les glandes s'allongent beaucoup, leurs extrémités profondes se dilatent, se pelotonnent sur elles-mêmes donnant à la partie interne de la muqueuse une apparence caverneuse ; leurs orifices s'obturent, leur épithélium s'aplatit et desquame au niveau des portions superficielles de la glande, ne persistant que dans les parties profondes où il forme les réserves aux dépens desquelles s'effectuera, après l'accouchement, la régénérescence de l'épithélium utérin. C'est ce remaniement des glandes qui crée dans la partie périphérique de la muqueuse utérine la couche spongieuse et c'est cette couche, constituée par ces anfractuosités nombreuses à séparations fragiles, qui se laissera rompre sous l'effort musculaire de l'utérus et fournira le plan de clivage nécessaire au décollement placentaire. Les travées qui séparent ces alvéoles sont constituées par des faisceaux conjonctifs entre lesquels on voit les cellules déciduales, grandes cellules arrondies ou polyédriques dont la provenance, fort discutée, doit être recherchée dans les cellules connectives de la muqueuse utérine hypertrophiée (1). Ces cellules déciduales se trouvent surtout abondantes dans les parties de la caduque qui se trouvent au-dessus de la couche spongieuse et qui forment la couche compacte de Léopold. Cette couche compacte est celle qui, au niveau de la sérotine, donne naissance aux espaces intervillositaires, aux septa intercotylédonaire, mais nous ne devons pas nous attarder à étudier son évolution puisqu'elle ne sert pas au décollement placentaire.

Les transformations de la muqueuse utérine que nous ve-

(1) PRENANT : *Éléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés*.

nons de signaler rapidement, la constitution de la couche spongieuse clivable commencent dès le premier mois de la grossesse, puis se parachèvent peu à peu. De la sorte, tandis que les membranes de l'œuf sont en train de se souder, d'un côté, par la fusion des deux caduques réfléchie et utérine qui s'accomplit vers le début du quatrième mois, et, d'un autre côté, par l'établissement des adhérences choriales, on voit diminuer l'adhérence de la caduque utérine avec le muscle. Ces adhérences deviennent de moins en moins intimes ; au moment de la délivrance une fente se produit en pleine couche spongieuse ; il demeure alors, adhérente au placenta décollé, une membrane, épaisse d'un millimètre environ, que Winkler appelle *plaque basale* et qui comprend la couche compacte et une partie de la couche spongieuse de la sérotine ; il reste, tapissant la cavité utérine, la partie superficielle de la couche spongieuse sérotinique comprenant la partie des glandes utérines dont l'épithélium conservé va régénérer la muqueuse.

Après ces quelques développements, il est aisé de comprendre que si, pour une cause quelconque que nous essaierons plus tard de déterminer, le clivage inter-utéro-placentaire ne peut s'effectuer, la délivrance ne se fait pas : il y a *adhérence placentaire*.

D'autres obstacles peuvent évidemment s'opposer à ce que la délivrance s'effectue spontanément. Tout d'abord on a cité des cas de rétention placentaire due à l'hypertrophie du placenta ; ils sont excessivement rares et nous les citons pour mémoire. Mais ce à quoi il faut immédiatement songer, en présence d'une rétention placentaire, c'est à l'inertie utérine. Cette inertie utérine peut d'ailleurs exister à des degrés bien différents ; elle peut être totale et c'est le cas le plus

fréquent ; elle peut être partielle : c'est l'inertie locale s'accompagnant d'une contraction du reste de l'organe et créant ces cas de contraction irrégulière de l'utérus amenant l'emprisonnement de l'arrière-faix, ce qu'on nommait autrefois l'enchatonnement. Enfin il est des cas, sur lesquels insistait le professeur Fochier, où le muscle utérin se contracte moins bien que d'habitude, se trouve dans un état de méiopragie plus ou moins prononcé, où d'autre part le placenta est fixé plus solidement que d'habitude à la paroi ; cas où il y a combinaison d'inertie et d'adhérences relatives, où la main introduite dans l'utérus ne sait vraiment apprécier quel est de ces deux facteurs celui dont l'action prédomine pour engendrer la rétention ; il y a là tout un terrain vague existant sans frontières précises entre l'inertie utérine et l'adhérence relative du placenta qui comprend toute une classe de rétentions placentaires.

En dehors donc de ces cas mal classés, des cas d'inertie totale ou partielle, des cas très rares d'hypertrophie du délivre, la rétention de ce dernier doit être attribuée à l'adhérence.

Ces adhérences peuvent être plus ou moins intimes. Auvard (1) distingue trois degrés dans cette intimité. Parfois il y a simple exagération de l'état physiologique : l'énergie des contractions utérines suffit, au bout d'un temps plus ou moins long, à détacher le placenta ; la délivrance, dans ces cas-là, est simplement plus longue et plus douloureuse. D'autres fois l'adhérence est plus intime : l'introduction de la main dans l'utérus est nécessaire mais les doigts parviennent plus ou moins aisément à cliver les deux portions de la

(1) AUWARD : *Traité pratique des accouchements*, 1890.

caduque. Enfin il peut y avoir une véritable fusion du placenta et de l'utérus ; la main arrache, déchire en lambeaux le placenta, en laissant des débris plus ou moins abondants fixés à l'utérus, ou bien, si la mort se produit, le bistouri est nécessaire à la séparation. Dans ce dernier cas il y a *adhérence vraie*. Nous bornerons cette étude à ce cas rare de l'adhérence vraie, de la *fusion intime des tissus placentaire et utérin, empêchant le clivage physiologique de s'effectuer spontanément ou à l'aide de la main entre les deux tissus et demandant pour l'accomplissement de la délivrance le broiement, l'arrachement par morceaux du tissu placentaire*.

Ainsi comprise, l'adhérence placentaire est une chose rare. Nous n'avons pas trouvé de pourcentage établi dans les différents auteurs que nous avons consultés. En dépouillant un stock de dix mille observations à la clinique obstétricale de Lyon, nous n'avons trouvé que cinq cas catalogués sous la rubrique « adhérences du placenta ». Encore sur ces cinq cas en avons-nous écarté quatre où l'adhérence nous a paru relative et n'avons-nous gardé comme adhérences vraies qu'un cas dont l'observation figure plus loin. Tous les auteurs, d'ailleurs, insistent sur l'extrême rareté de l'adhérence du placenta. Auvard (1) fait de ces cas de « véritables curiosités pathologiques ». Barnes (2) répète que « nous ne devons pas nous hâter de croire que le placenta est adhérent. L'adhérence est la bête noire des étudiants et des jeunes praticiens ; en fait, elle est très rare ». Braun (3)

(1) AUWARD : *Loc. cit.*, p. 625.

(2) BARNES : *Traité théorique et clinique d'obstétrique*. Trad. Cordes, 1886, p. 403.

(3) BRAUN : *Braun's Lectures*, 1869.

prétend de son côté que « l'adhérence anormale... est observée le plus souvent dans la pratique du jeune médecin et que, plus il avance en âge, plus cet accident devient rare ». Nous n'avons, en effet, trouvé, dans la littérature médicale qu'un petit nombre de cas de ce genre. Nous nous sommes d'ailleurs efforcé, comme on le verra, de ne retenir que ceux où l'adhérence vraie nous a paru indiscutable.

Nous devons faire une dernière réserve avant d'aborder l'étude des adhérences. Souvent, au cours d'une délivrance artificielle pratiquée sur une indication quelconque, il arrive que le clivage s'effectue assez facilement, mais que le placenta étant inséré sur une des cornes utérines, on éprouve à ce niveau une difficulté parfois très grande à séparer les cotylédons de la paroi. Ceci est un fait courant que chacun a observé. Si les grosses difficultés de la séparation ne se présentent qu'en ce point limité, nous ne dirons pas, bien entendu, qu'il y a adhérence placentaire.

CHAPITRE II

Historique de la question.

L'adhérence du placenta, de par les phénomènes graves, infectieux ou hémorragiques, qui l'accompagnent, de par la facilité en somme grande de sa constatation clinique, devait être très tôt connue et signalée dans la littérature médicale. De fait nous la trouvons signalée dans les anciens auteurs. MORGAGNI en rapporte une observation. En 1765, REEDER rend compte de l'autopsie d'une femme morte d'hémorragie survenue par suite d'un placenta adhérent. En 1828, BRACHET (de Lyon) (1) fait paraître le premier travail important sur les placentites et, l'un des premiers, fait de l'adhérence placentaire le terme ultime de l'évolution anatomique des lésions inflammatoires du placenta. Cette théorie pathogénique de l'inflammation, de la placentite fut longtemps admise sans contestation, et JACQUEMIER (2) élève le premier des doutes sur la nature inflammatoire des lésions adhérentielles : pour lui la vraie cause de l'adhérence doit être recherchée dans l'hémorragie inter-utéro-placentaire. Cette même idée était d'ailleurs soutenue par STOLTZ, par DUBOIS (3), et par ROBIN (4), qui en 1854

(1) BRACHET : *Revue médicale*, 1828.

(2) JACQUEMIER : *Manuel des accouchements*, 1846.

(3) DUBOIS : *Dict. en 30 vol. Art. Délivrance*, 1835.—*Gaz. des Hôp.*, 1858.

(4) ROBIN : *Arch. de médecine*, 1854.

faisait paraître dans les *Archives de médecine* des *Notes sur les altérations du placenta* où la congestion placentaire est donnée comme la cause unique de l'adhérence, à l'exclusion de l'inflammation.

En 1862, HEGAR (1), dans un travail sur la rétention du placenta, s'occupe des lésions causales des adhérences placentaires et en fait une dégénérescence fibro-graisseuse ou myxomateuse des villosités choriales. Cette même opinion se trouve d'ailleurs soutenue dans d'autres travaux, ceux de SPIEGELBERG (2), SCHRÖDER (3), KALTENBACH (4).

En 1874, GUÉNIOT (5), s'occupa également de ce sujet et fit deux classes dans les adhérences : celles qui sont les résultats d'un travail pathologique et celles qui proviennent de l'absence du travail physiologique normal.

En 1880 nous trouvons à l'article *Placenta* du dictionnaire Jaccoud la question mise au point par EUG. MARCHAL (6). Bien qu'émettant des doutes sur la nature inflammatoire de cette lésion, il la traite sous la rubrique « placentite, abcès, adhérences ».

Cinq ans après, en 1885, DELORE (7), à son tour, dans le *Dechambre*, consacre une courte notice, à peu près uniquement bibliographique, aux adhérences placentaires.

En 1889, BUDIN (8) consacre une leçon à ce sujet où il rappelle deux faits personnels. La même année AUVARD (9)

(1) HEGAR : *Path. u. Therap. der Placentaretention*, 1862.

(2) SPIEGELBERG : *Wurtzb. med. Zeit.*, 1861.

(3) SCHRÖDER : *Lehrb. der Geb.*, 6^e édit., Berlin, 1880.

(4) KALTENBACH : *Volkman's samml. klin. Verträge*, 1887.

(5) GUÉNIOT : *Arch. de tocologie*, 1874, t. I^{er}.

(6) Eug. MARCHAL : *Dict. Jaccoud*, art. *Placenta*, 1880.

(7) DELORE : *Dict. Dechambre*, art. *Placenta*, 1885.

(8) BUDIN : *Leçons de clinique obstétricale*, 1889.

(9) AUVARD : *Travaux d'obstétrique*, 1889.

publie l'observation très intéressante qu'on verra plus loin.

Jusqu'ici tous les travaux que nous avons cités sont uniquement consacrés à la relation d'observations, à la description macroscopique des lésions, à des essais de pathogénie uniquement basés sur ces données cliniques et anatomo-pathologiques. La plupart des travaux que nous allons maintenant énumérer contiennent des examens histologiques des lésions adhérentielles. Ils constituent l'époque microscopique de l'histoire des adhérences.

Constatons tout d'abord que cette phase histologique empiète sur la précédente et qu'en 1875 LANGHANS (1) publie d'intéressantes constatations microscopiques, qui sont les premières en date dans la question. Pour lui le processus est le suivant : endométrite, absence de la couche spongieuse de la sérotine remplacée par du tissu conjonctif compact hyperplasié. Ce n'est que quatorze ans après, en 1899, que nous trouvons à nouveau une étude histologique des adhérences placentaires. BERRY HART (2), à cette époque, dans un travail d'ensemble sur la question, étudie, d'une façon peu précise d'ailleurs, les modifications cellulaires ; ses conclusions sont peu différentes de celles de Langhans. Deux ans plus tard, en 1891, à la *Société des hôpitaux de Berlin*, LEOPOLD (3) étudie d'une façon très sérieuse et très complète les lésions qu'il a trouvées sur un placenta adhérent enlevé par LEISS (4), qui donne à ce propos l'histoire clinique de cette observation et d'une autre, analogue. Pour

(1) LANGHANS : *Arch. f. Gynaek.*, Bd. VIII, S. 287.

(2) BERRY HART : *Edinburgh medical Journal*, mars 1889, p. 816.

(3) LEOPOLD : *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

(4) LEISS : *Id.*

ces deux auteurs, il faut invoquer ici une endométrite ayant amené un étouffement des cellules déciduales par la prolifération du tissu conjonctif de la couche spongieuse. Les connexions directes et intimes des villosités et du muscle sont invoquées, en 1896, par NEUMANN (1) pour expliquer les adhérences. En 1898, MASSEN (2) publie un travail d'ensemble sur la rétention et les adhérences du placenta. ALEXANDROW (3) donne en 1901 une observation nouvelle avec examen histologique et arrive à conclure que la cause des adhérences se trouve en grande partie dans la soudure des villosités avec le muscle utérin par interposition entre les deux d'un tissu dense unissant, provenant des altérations de la caduque. Nous arrivons ensuite à l'étude très documentée de KONRAD HENSE (4) publiée en 1901 et dont les conclusions sont analogues à celles de Léopold dont nous avons parlé plus haut. Cette même année 1901 voit une observation clinique nouvelle due à CHARLES (5) que nous avons reproduite plus loin. Et enfin le dernier travail sur la question est le cas très remarquablement étudié par IBRAHIM EDHEM (6), sous la direction de M. FABRE, et publié dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, en mai 1903. Nous reviendrons sur les importantes conclusions de cette étude que nous pouvons appuyer d'une observation nouvelle. Cette étude est d'ailleurs le seul travail français avec examen histologique que nous ayons trouvé sur cette question.

Nous voyons par cet exposé des différentes publications

(1) NEUMANN : *Monatsschr. f. Geburtshülfr. und Gynaek.*, Bd IV, s. 307.

(2) MASSEN : *Journ. d'accouch. de Saint-Pétersbourg*, mai et juin 1897.

(3) ALEXANDROW : *Centralblatt f. Gynaek.*, 1901, p. 994.

(4) KONRAD HENSE : *Zeitschrift f. Geburt. und Gynaek.*, 1901.

(5) N. CHARLES : *J. d'acc. de Liège*, 1901.

(6) EDHEM : *Bulletin Soc. obst. de Paris*, 1903.

que nous avons pu trouver sur les adhérences placentaires que l'on peut dans leur étude distinguer deux phases principales : la première, *purement clinique*, qui s'étend jusqu'en 1889 environ. La seconde, *histologique*, qui succède à l'autre et qui a vu déjà de sérieuses études se produire : les histologistes qui se sont occupés de ce sujet avaient en, remarquons-le, un devancier en Langhans, en 1875, dont le travail était resté unique dans son genre jusqu'en 1889.

Mais nous en sommes encore à la période des faits : faits cliniques au anatomiques, ils s'accumulent lentement, étant donnée la rareté des cas d'adhérences. On n'a pas encore pu dégager des conclusions étiologiques et pathogéniques précises. Dans ce sens-là on en est encore aux pures hypothèses. Ce sera là la troisième phase de l'histoire des adhérences, la phase pathogénique.

CHAPITRE III

Etude clinique.

L'adhérence du placenta se manifeste, au moment de la délivrance, d'une façon variable. La scène peut être assez simple, sans gros incidents ; mais souvent elle est des plus tragiques, s'accompagnant d'hémorragies abondantes, foudroyantes parfois. Et alors même qu'il n'y a pas eu, au moment de la délivrance, d'alertes inquiétantes, outre que la séparation manuelle du placenta peut présenter de grosses difficultés, on peut, dans les suites de couches, se trouver en présence de complications infectieuses graves. A ce triple point de vue d'hémorragie grave possible au moment de la délivrance, de grosses difficultés souvent rencontrées dans la délivrance artificielle, enfin de suites de couches parfois complexes, l'adhérence placentaire est donc une affaire grave et il y aurait évidemment un sérieux avantage à la prévoir, à pouvoir s'armer d'avance contre toute éventualité. Nous allons passer en revue les quelques signes donnés par les auteurs comme avant-coureurs de cette complication de la délivrance ; mais nous devons, dès l'abord, avouer que ces signes sont pour la plupart purement théoriques, qu'ils n'ont rien de spécifique ; ils n'ont en somme qu'un intérêt documentaire. L'adhérence du placenta se diagnostique uni-

quement au moment même où elle devient redoutable souvent.

Il est évident que tout examen de femme enceinte doit, pour être complet et utile, comporter une enquête sur la façon dont se sont effectués les accouchements précédents et sur la manière dont les délivrances se sont opérées. Si dans les antécédents d'une parturiente on note *aux accouchements antérieurs des difficultés de la délivrance*, il convient de se méfier. Dans ce cas on doit s'enquérir combien de temps après la sortie de l'enfant a été effectuée la délivrance artificielle ; pour quelle raison : hémorragie ou autre, elle a été effectuée ; du temps et du labeur qu'elle a nécessités. Inutile d'insister sur la rareté des cas où tous ces renseignements pourront être réunis. En somme ce qu'il importe de connaître c'est qu'une ou plusieurs délivrances artificielles ont été faites sur la femme qu'on examine. C'est qu'en effet cette notion de la répétition des adhérences placentaires sur un même sujet ressort d'une façon évidente de leur étude ; tous les auteurs la signalent et la soulignent. Hense, en particulier, a établi le pourcentage suivant : il a réuni 168 cas de délivrance manuelle (nous ne discutons pas ici l'indication qui a déterminé l'intervention, non plus que la question des adhérences vraies ou relatives) et dans 43,45 p. 100 des cas, il note la répétition de cette intervention sur le même sujet. Voici quelques-uns des exemples très probants qu'il donne :

F..., trente et un ans, III pare. Trois fois délivrée manuellement.

H. F., trente-sept ans. XI pare. Délivrance manuelle dans les cinq derniers accouchements.

L. W., quarante-trois ans, XI pare. Délivrance artificielle

dans les huit derniers accouchements, le dixième excepté.

W. M., trente-neuf ans, V pare. Délivrance artificielle dans les quatre derniers accouchements.

J. T., trente et un ans, IV pare. Délivrance artificielle dans les trois premiers accouchements.

Si d'autre part nous faisons une statistique analogue sur les cas d'adhérences vraies que nous donnons plus loin, sur les 19 observations où la femme est notée comme multipare, cinq fois nous trouvons chez elle la répétition des délivrances artificielles. Dans l'observation VII c'est une tertipare avec délivrance manuelle au premier, et au troisième. Dans l'observation XII c'est un secundipare avec deux délivrances manuelles. Dans l'observation XVI, c'est une nonipare avec délivrance artificielle aux cinquième, septième, huitième et neuvième accouchements. Enfin les observations XVII et XVIII concernant deux octipares dont les trois derniers accouchements ont nécessité la même intervention. Tous ces faits indiquent clairement qu'il existe une prédisposition à l'adhérence placentaire et qu'il est très utile de connaître la façon dont se sont effectuées les délivrances antérieures. Si manuellement, se méfier.

Il est un autre antécédent pathologique souvent trouvé dans le passé des femmes à placenta adhérent, c'est la *métrite*. Tous les auteurs donnent à la métrite, ancienne ou récente, une grosse importance dans l'étiologie et la pathogénie de l'adhérence placentaire, mais si l'inflammation de la muqueuse utérine présente quelque intérêt à être recherchée pour expliquer les lésions placentaires, il est évident qu'au point de vue clinique qui nous occupe cette notion de métrite antérieure présente un intérêt nul ; il y a heureuse-

ment beaucoup plus d'anciennes métrites à délivrance normale qu'à délivrance difficile.

On a signalé, au cours même de la grossesse, quelques signes pouvant faire craindre une adhérence du placenta. Ce sont les hémorragies répétées et les douleurs en un point fixe de l'utérus.

Les hémorragies répétées de la grossesse sont en effet signalées comme fréquentes par nombre d'auteurs. Leur fréquence a même été revendiquée comme une présomption en faveur de leur théorie par ceux qui, comme Jacquemier, Robin et d'autres déjà cités, faisaient des extravasations sanguines inter-utéro-placentaires l'origine des lésions adhérentielles. Certains même, pour distinguer ces hémorragies de celles qui surviennent au cours du placenta prævia, ont prétendu que c'était dans les premiers mois de la grossesse qu'elles se produisaient. Nous ne saurions, d'après les observations que nous avons réunies d'adhérences vraies, avoir une opinion sur la fréquence de ces hémorragies ; en effet, dans la plupart de ces observations, l'histoire de la grossesse n'est pas faite. Sur les 4 ou 5 cas où l'évolution de la grossesse est indiquée, nous n'en trouvons que deux, l'observation XII et l'observation XIX où sont notées ces hémorragies répétées. Encore sont-elles signalées, non pas au cours des premiers mois, mais dans l'une pendant les septième et huitième mois, dans l'autre pendant les cinq derniers mois.

Les douleurs persistantes en un point de l'utérus pendant la gestation sont aussi indiquées comme pouvant résulter d'adhérences placentaires en voie de formation. Nous ne les avons trouvées signalées que dans une seule de nos observations. Ce signe nous paraît de valeur diagnostique bien dis-

cutable. On sait en effet combien fréquente, au cours des grossesses les plus normales, se trouve être la sensibilité utérine, spontanée ou provoquée, en un point souvent assez fixe, et avec quelle fréquence, dans les cas de ce genre, il faut incriminer, comme cause de cette douleur, les inflammations annexielles.

Les phénomènes douloureux pourraient, d'ailleurs, paraître, il se présenter sous un autre aspect et dans certains cas on aurait noté à la palpation de l'abdomen un *endolorissement généralisé* à toute la surface de l'utérus. C'est dans ces mêmes conditions que la femme se plaindrait parfois de ressentir des *douleurs plus ou moins vives lors des mouvements du fœtus*.

Jusqu'ici, nous n'avons donc vu qu'un point clinique vraiment intéressant : la répétition des adhérences au cours de plusieurs accouchements successifs. C'est là une circonstance qui met notre vigilance en éveil.

Mais voici que, prévenus ou non de la possibilité de cette complication de la délivrance, nous attendons chez une accouchée l'expulsion du placenta. *L'utérus se contracte assez bien, la délivrance ne se fait pas*. On sait qu'en pareille occurrence, si l'utérus ne saigne pas, on use actuellement d'une longue patience. Au lieu de recourir, comme autrefois, au bout de deux ou trois quarts d'heure d'attente vaine, d'abord aux pressions légères sur l'utérus, puis à la méthode de Crédé, toutes manœuvres évidemment stériles dans les cas d'adhérences, il est aujourd'hui admis qu'on peut temporiser plusieurs heures, au bout desquelles parfois la délivrance se fait spontanément. Mais si malgré cette longue attente et l'emploi des manœuvres abdominales que l'on peut alors tenter, la rétention persiste, on exerce des *trac-*

tions douces sur le cordon et l'on éprouve une résistance inaccoutumée. *Ces tractions d'ailleurs abaissent la matrice* comme le constate la main abdominale, et quand on les cesse, on sent *le fond utérin remonter comme mû par un ressort*. Ajoutons que ces tractions même douces ont été signalées par NÆGELÉ ET GRENSER (1) comme occasionnant en un point fixe de la matrice, une *douleur brûlante, déchirante*.

Ces différentes constatations faites, il nous reste à *faire le toucher*. La main introduite suit le cordon, constate que l'orifice interne du col n'est pas rétracté, que le placenta n'est pas retenu par enchatonnement. Elle arrive sur le gâteau placentaire dont elle reconnaît le contour, puis, en essayant d'effectuer la délivrance, fait, suivant le plus ou moins de peine qu'elle a à opérer le décollement, le diagnostic d'adhérences relatives ou d'adhérences vraies. Nous rappelons ce que nous avons dit déjà sur cette distinction : *adhérence relative étant synonyme de décollement laborieux, tandis qu'adhérence vraie signifie nécessité de morcellement, enlèvement par lambeaux*. Dans quelques cas même, l'adhérence est si intime, qu'il est, comme le dit Barnes (2), « difficile de sentir où finit le placenta et où commence l'utérus ». C'est le cas de notre dernière observation.

Le tableau peut être beaucoup plus saisissant. Nous avons, en effet, supposé le cas où l'adhérence est totale, mais souvent, dans la plupart des cas mêmes, l'adhérence n'est que partielle. Il arrive alors que le décollement partiel se fait, que le placenta retenu par ses adhérences dans l'utérus l'empêche de se contracter, de faire son hémostase ; une *hémor-*

(1) NÆGELÉ et GRENSER : *Traité pratique de l'art des accouchements*. Trad. Aubenas, 1869, p. 628.

(2) BARNES : *Traité théorique et clinique d'obstétrique*. Trad. Cordes, 1886, p. 403.

ragie se produit, abondante, et rapidement mortelle si l'accouchée n'est pas immédiatement secourue. Plusieurs des observations que nous donnons plus loin mentionnent *la mort par hémorragie*.

Ces adhérences partielles peuvent aussi provoquer des *contractions spasmodiques partielles* de l'utérus en sorte que parfois au cours d'une hémorragie de la délivrance, l'accoucheur peut tomber sur cette double difficulté de l'enchatonnement joint à des adhérences. C'est, entre autres, le cas de l'observation publiée par N. Charles.

Les suites de couches sont souvent compliquées. Nous nous trouvons, en effet, en présence d'utérus dans lesquels la main a généralement manœuvré pendant assez longtemps pour arracher tous les débris placentaires, pour plumer, pour ainsi dire, la surface d'insertion ; de plus, malgré toute la conscience et toute l'habileté de l'opérateur, il reste très fréquemment quelques débris adhérents ; l'infection a donc beau jeu en un semblable milieu. Et en effet souvent on constate des *infections puerpérales plus ou moins graves*. La malade que nous avons personnellement observée eut, entre autres, une forme grave d'infection qui ne céda à un traitement énergique qu'au bout de quinze jours d'hyperthermie.

Avant de clore cette étude clinique des adhérences placentaires, nous devons dire un mot du sort réservé à un placenta adhérent abandonné, en totalité ou en partie, dans l'utérus. Le cas est rare, puisqu'il y a, en l'occurrence, indication formelle d'opérer la délivrance artificielle, mais enfin le cas s'est plusieurs fois rencontré. On a prétendu que *des cotylédons intimement adhérents à l'utérus peuvent se résorber*. Nous ne pouvons, bien entendu, que brièvement

esquisser l'histoire de la résorption de l'arrière-faix. Cette résorption admise par Velpeau et les anciens auteurs, fut contestée par M^e Boivin et d'autres accoucheurs. On en trouve pourtant signalé un assez grand nombre d'observations. Charpentier (1) cite à ce propos des observations de PLANQUE, GOBILLOT, GLOWER, PORCHER, MORLANNE, DEUBEL, VELPEAU, MOSLIEURAT-LAGÉMARD, GOURRIER.

Nous trouvons encore des cas semblables rapportés par GUILLEMEAU (2), F. C. NÉGELÉ (3), OSIANDER (4), ADAMI (5), BERGMANN (6), D'OUTREPONT (7), VILLENEUVE (8), DITHURBIDE (9), OLAVIDE (10). Nous croyons bien faire en donnant à ce propos les conclusions du mémoire fait sur cette question par Maslieurat-Lagémard et Mordret ; conclusions que nous trouvons dans l'ouvrage déjà cité de Charpentier sur les *Maladies du placenta*. Les voici :

1° L'absorption du placenta est un fait incontestable.

2° Cette absorption ne peut s'exercer que sur un placenta intimement adhérent en totalité ou en partie.

3° L'absorption a lieu sans production de lochies ni d'hémorragie dans le cas d'adhérence totale, avec hémorragie dans le cas d'adhérence partielle.

(1) CHARPENTIER : *Des maladies du placenta et des membranes*, p. 85.

(2) GUILLEMEAU : *Œuvres de chirurgie*, 1648.

(3) NÉGELÉ : *Heidelberger Klinische Annalen*, t. VII, p. 425 et t. IV, fasc. 2.

(4) OSIANDER : *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtsk*, t. VII, p. 480.

(5) ADAMI : *Die Resorption der Placenta*, Wurtzburg, 1835.

(6) BERGMANN : *De placentaë fœtalis resorptione*, Gotting, 1838.

(7) D'OUTREPONT : *Neue Zeitschrift für Geburtsk*, t. II, p. 280.

(8) VILLENEUVE : *De l'absorption du plac.*, *Gaz. méd. de Paris*, 1837, n° 27.

(9) DITHURBIDE : *Revue clinique franç. et étrang.*, 1851, n° 4.

(10) OLAVIDE : *Gaz. méd.*, Paris, 1848, p. 53.

4° L'adhérence totale n'est peut-être jamais mortelle. Les cas de mort n'appartiennent qu'à l'adhérence partielle (hémorragie ou infection) .

5° Un placenta qui n'est pas intimement adhérent ne s'absorbe pas.

Ces conclusions sont intéressantes à connaître, mais nous ne pouvons y souscrire. Cette résorption n'est pas admise actuellement par la majorité des auteurs. Nous ne pouvons, sans nous écarter par trop de notre sujet, entrer dans la discussion de cette intéressante question. Nous nous contenterons de dire que les objections faites à la théorie de la résorption sont très sérieuses, basées sur l'observation : observation clinique et observation anatomique. Voici, d'ailleurs, les conclusions auxquelles arrivait en 1899 M. Fabre, après avoir étudié les modifications subies par le placenta lors de sa rétention dans l'utérus (1).

« La rétention portant sur la caduque, soit après un avortement, soit après l'expulsion d'une môle, peut déterminer la production d'un déciduome.

« Le placenta peut être retenu et continuer à végéter dans l'utérus d'une vie toute relative dans le cas de *polypes placentaires* ; j'ai étudié l'état anatomique de trois fragments placentaires de la grosseur d'une noix qui ont séjourné quatre mois dans l'utérus après un avortement à trois mois de grossesse. Les tissus placentaires sont très reconnaissables ; les cellules déciduales conservent leur aspect et leurs dimensions ; les villosités sont très reconnaissables et cependant les phénomènes circulatoires sont complètement suspendus. Les vaisseaux sanguins s'arrêtent au point

(1) FABRE : *Des modific. du placenta dans la cavité utérine*. In *Bulletin de l'Acad. de méd.*, séance du 31 oct. 1899, t. XLII.

d'implantation du polype dans une zone qui est le siège d'une infiltration leucocytaire très marquée.

« Dans la rétention partielle du placenta, ce que je crois devoir signaler, c'est la persistance des éléments constitutifs du placenta pendant un temps considérable, persistance qui réduit à néant l'hypothèse d'une résorption, théorie admise par un grand nombre d'auteurs. »

En terminant cette étude clinique des adhérences placentaires nous devons faire remarquer que nous ne nous sommes occupé ici, comme d'ailleurs dans toutes les autres parties de notre étude, que des adhérences placentaires survenant dans l'accouchement à terme, ou près du terme, à partir du sixième mois par exemple. Avant cette époque l'adhérence placentaire est beaucoup plus fréquente ; on la voit évidemment souvent au cours d'avortements, parfois même au cours d'accouchements prématurés, mais dans ces cas nous devons la considérer non pas comme pathologique, mais bien, somme toute, comme physiologique. Nous avons vu que la couche spongieuse de la caduque, nécessaire au décollement du placenta, se constituait peu à peu au cours des premiers mois de la grossesse. Si la grossesse est interrompue avant la complète constitution de ce plan de clivage, il est évident que le décollement ne pourra se faire. L'adhérence sera alors physiologique. Quant à déterminer l'âge de la grossesse auquel cette adhérence de physiologique devient pathologique, nous le croyons impossible. Il varie avec chaque femme. En tout cas l'adhérence est à peu près la règle dans l'avortement au cours des troisième et quatrième mois. Il était utile de faire ici cette distinction des adhérences physiologiques et de celles qui sont pathologiques.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Si l'on cherche à déterminer les caractères anatomiques des placentas adhérents, on voit qu'ils sont très variables suivant les cas considérés. Les adhérences varient beaucoup en étendue, en intimité, en situation par rapport à la paroi utérine ; l'apparence, la largeur, l'épaisseur du placenta sont aussi sujettes à de nombreuses variations et il n'est guère possible de décrire un type anatomique du placenta adhérent. Hâtons-nous de dire que les constatations d'anatomie macroscopique sont en somme ici de peu d'intérêt, et que c'est dans l'étude histologique que nous devons, a priori, nous attendre à trouver des particularités intéressantes et utiles à l'édification et à la discussion des théories pathogéniques.

L'étendue des adhérences est très variable, comme nous l'avons dit. Tout d'abord *les adhérences totales* sont extrêmement rares. On ne les trouve explicitement signalées à peu près nulle part, et comme, dans la grande majorité des observations, nous voyons se produire des hémorragies de la délivrance, nous devons en conclure que dans tous ces cas il y a eu décollement partiel et par conséquent adhérence partielle. *L'adhérence partielle* est en effet de beaucoup la

plus fréquente. Le plus souvent ce sont alors des cotylédons isolés qui sont adhérents, sans systématisation apparente. On a signalé pourtant des cas où les cotylédons adhérents sont disposés dans un certain ordre ; parfois, par exemple, on a trouvé adhérente toute la périphérie du gâteau placentaire avec le centre libre, décollé et transformé alors en une poche remplie de sang.

Quant aux *degrés de l'adhérence*, nous avons vu déjà, tout au début de cette étude, qu'on pouvait les multiplier. Par besoin de classification, nous les avons vus distribués en trois groupes : les adhérences légères qui cédaient après plus ou moins longtemps, aux seules contractions utérines ou aux manœuvres abdominales, au Crédé ; celles qui nécessitaient la délivrance manuelle mais que la main arrivait facilement à rompre ; enfin celles que nous avons nommées adhérences vraies et que nous avons seules retenues pour cette étude. Parmi ces adhérences vraies il en est évidemment encore de plus ou moins intimes, de plus ou moins faciles à détacher ; on se rend facilement compte de ces différences en parcourant nos observations.

Nous avons cherché à établir s'il y avait au niveau de la surface interne de la matrice *un lieu d'élection pour l'insertion* des placentas adhérents. Sur nos 19 observations, 5 seulement font mention du lieu d'insertion placentaire ; sur ces 5 cas nous trouvons trois fois les adhérences les plus intimes situées au niveau des cornes utérines ; dans 2 de ces 3 cas il est même spécifié qu'il s'agit de la corne droite. Dans l'observation de Hense l'insertion était marginale. Dans celle d'Auvard elle était sur la paroi droite. Dans 4 cas, il est donc fait mention d'une insertion au niveau d'un des orifices utérins, col ou trompes. Nous relevons sim-

plement le fait qui corrobore l'opinion de certains auteurs pour lesquels la muqueuse utérine en ces endroits-là serait moins apte qu'ailleurs à se transformer en une caduque normale. Il faut bien remarquer ici que les placentas en question n'étaient pas adhérents uniquement au niveau des cornes utérines, ce qui les aurait fait rentrer dans une classe assez considérable de placentas à cotylédons adhérents au niveau de l'insertion sur les parois de la trompe interstitielle ouvertes et étalées par le développement de l'utérus. A la fin de notre premier chapitre nous disions que c'était là une circonstance souvent rencontrée au cours des délivrances artificielles. Ici il s'agit de toute autre chose : de placentas largement adhérents avec maximum d'adhérence au niveau des cornes. C'est tout différent. Nous signalons d'ailleurs la fréquence apparente de cette insertion des placentas adhérents au niveau des orifices tubaires ou cervical sans en apprécier la valeur ; nous ne possédons pas à ce sujet des documents suffisants pour en tirer quelque conclusion.

Quelle est maintenant *l'apparence extérieure* de ces placentas adhérents. Il est tout d'abord évident que, étant donnée la difficulté des manœuvres de la délivrance, ils sont toujours plus ou moins déchirés, dilacérés. Parfois on ne les a qu'en morceaux. Il est des cas où le tissu placentaire ne présente pas à l'œil ni au doigt de modifications appréciables. Sa couleur, sa consistance, son épaisseur, sont d'un placenta normal ; les membranes peuvent paraître indemnes. Mais on peut, dans d'autres cas, trouver des altérations macroscopiques très nettes. Négelé et Granser (1) décrivent des placentas couverts sur la face maternelle

(1) NÉGÉLÉ et GRANSER : *Loc. cit.*

d'exsudats filamenteux, rendant le gâteau épais, friable, comme hepatisé. A un stade plus avancé, d'après eux, « ces exsudats filamenteux se ratatinent en une masse calleuse, jaunâtre, et entraînent l'induration et l'atrophie des parties englobées ». Enfin ils pourraient « se transformer en cordons filamenteux et tendineux, blanchâtres, irradiés en différents sens, faisant ressortir nettement les limites des cotylédons ». Cette apparence atrophiée, étalée, amincie, blanchâtre du placenta est parfois bien caractéristique et nous l'avons, peut notre compte, constatée très prononcée dans le cas dont nous donnons plus loin l'observation. Dans ces cas l'aspect du placenta, qui a une consistance ferme et qui a été comme passé au laminoir, ayant accru sa surface aux dépens de son épaisseur, tranche nettement sur l'apparence habituelle. Edhem (1) a vu sur le placenta qu'il a examiné des lésions assez caractéristiques de la face maternelle — une vingtaine de petites perles de substance, arrondies, larges de 5 millimètres et profondes de 2 millim. 5 en moyenne, pratiquées comme à l'emporte-pièce et au niveau desquelles la caduque absente avait laissé à nu les villosités chorionales. Il a relevé aussi sur ce placenta, mais sur la face fœtale, de petits îlots blanchâtres, tout à fait superficiels, situés dans le grand sinus sous-chorial et qu'on retrouve, du reste, dans nombre d'autres cas.

Quant aux membranes, elles paraissent souvent lésées ; on les trouve épaissies, résistantes, parfois d'apparence blanchâtre.

Le *poids* du placenta ne paraît pas présenter de particularités intéressantes. Il faut dire que nous l'avons rarement trouvé indiqué.

(1) Edhem : *Loc. cit.*

Comme on le voit l'examen macroscopique ne donne rien de bien intéressant. Les renseignements fournis par l'examen histologique sont d'une tout autre importance, comme nous allons le constater. Nous allons successivement passer en revue les différentes lésions microscopiques relevées par les auteurs au niveau du placenta maternel, du placenta foetal, des membranes, enfin du muscle utérin.

I. — PLACENTA MATERNEL

C'est à son niveau que prédominent les altérations. Tous les examens histologiques pratiqués le constatent.

Neumann a prétendu que la sérotine disparaissait complètement et que les villosités choriales et le muscle utérin entraient, sur les points adhérents, en contact intime. Son avis doit être pris en considération, car ses coupes ont porté à la fois sur la paroi utérine et les cotylédons adhérents, l'utérus ayant été enlevé au cours de l'autopsie.

Hense, qui a opéré dans les mêmes conditions, c'est-à-dire sur des coupes comprenant à la fois placenta et utérus, a vu aussi sur un grand nombre de points cette absence complète de la sérotine et les connexions intimes des villosités et du muscle utérin. Entre les points où elle manque, la caduque se retrouve, dans les préparations de Hense. mince, se relevant peu à peu, formant çà et là des saillies, partout altérée comme nous le verrons ; en aucun point elle ne paraît très épaisse.

Alexandrow n'a pas trouvé, pour sa part, de contact direct entre le muscle et les villosités. Ces deux éléments, sur ses préparations, sont séparés par une mince couche fibrillaire dépourvue de cellules, comme nous le verrons, et dont les

fibrilles s'éparpillent d'un côté autour des villosités, et de l'autre s'insinuent entre les éléments musculaires.

Enfin Leopold et M. Fabre ont noté de grosses altérations de la sérotine, mais n'ont pas découvert de solutions dans sa continuité. Dans les deux cas qu'il a examinés M. Fabre a même noté un gros épaissement de la caduque inter-utéro-placentaire ; sa largeur est décuplée dans notre observation. Nous ne pouvons pourtant affirmer que celles de nos coupes sur lesquelles manque la caduque correspondent à des points où celle-ci est restée adhérente au muscle et non pas à des points où elle était complètement atrophiée.

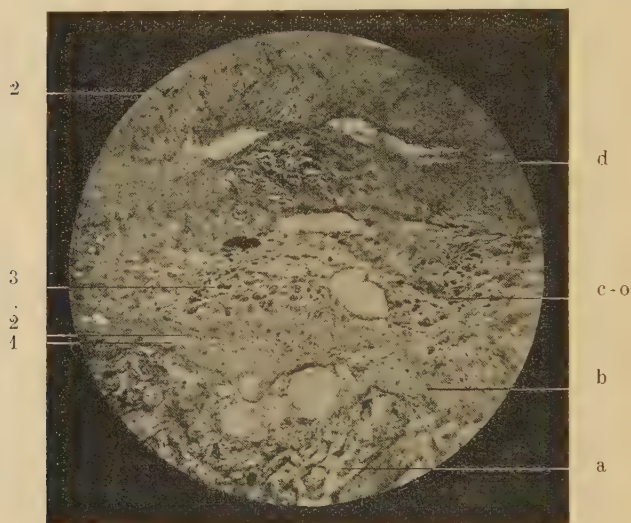


Fig. I.— *Caduque placentaire*

a, villosités choriales ; *b*, couche juxta-sinusiennne ; *c*, couche intermédiaire.— *d*, couche juxta-utérine ; *o*, point agrandi dans la fig. II ; *1*, tissu intercellulaire dense ; *2*, débris de cellules déciduales ; *3*, cellules déciduales peu ou pas altérées.

Donc sérotine complètement disparue pour Neumann, — partiellement détruite pour Hense, — remplacée par une

simple couche fibrillaire pour Alexandrow, — partout continue et très altérée pour Leopold, — sans solution probable de continuité, très épaissie et modifiée pour M. Fabre.

Quelles sont les altérations décrites dans cette caduque ou dans ces îlots de caduque ? Nous avons à les examiner : A) au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire proprement dite ; B) au niveau de la caduque intra-placentaire ensuite.

A. — *Caduque inter-utéro-placentaire*. — Elle est pour Neumann uniquement constituée par du tissu fibrillaire sans cellules ; pour Leiss-Leopold on voit à son niveau un tissu conjonctif hyperplasié englobant des cellules déciduales rares et altérées. Hensé décrit aussi cette pénurie et ces altérations des cellules déciduales perdues dans un tissu sur lequel il donne peu de détails. MM. Fabre et Edhem ont montré sur leurs coupes une substance intercellulaire fibrinoïde très abondante englobant les éléments cellulaires altérés. Dans les préparations que nous avons examinées avec M. Fabre, la sérotine pouvait être nettement divisée en trois couches différentes par leur coloration et leur constitution : une couche profonde (fig. 1 *d*), juxta-utérine, colorée par l'hématéine-éosine en gris bleuté, irrégulière et bosselée, contenant, au milieu d'un tissu amorphe, des cellules déciduales peu nombreuses et plus ou moins désintégrées. Une couche intermédiaire (fig. 1 et 2 *c*), la plus épaisse des trois, colorée en rose, à cellules déciduales plus abondantes. Enfin une couche juxta-sinusienne (fig. 1 et 2 *b*), correspondant à la couche albumineuse de la caduque, colorée en gris rose, à peu près dépourvue de cellules déciduales.

Quel que soit d'ailleurs l'aspect présenté par la caduque,

on doit y examiner successivement : a) les cellules déciduales ; b) la substance intercellulaire ; c) les vaisseaux.

a) *Les cellules déciduales*, tout d'abord, sont le siège de particularités intéressantes. Complètement absentes dans certains cas (Alexandrow), elles sont dans les autres très *réduites en nombre*. Au lieu des rangées de cellules contiguës que l'on trouve normalement, on les voit rares, espacées, séparées par une abondante substance intercellulaire. Elles sont *petites, indistinctes. Leur forme est très altérée* (fig. I et II, 2) ; elle devient irrégulière, souvent indéfinissable, les contours étant flous, perdus.

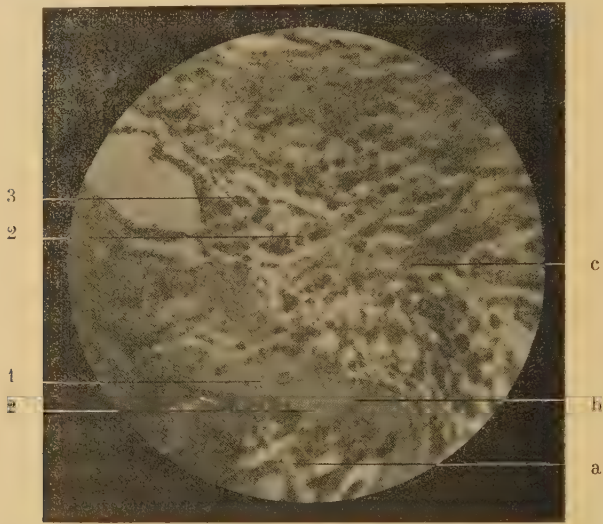


Fig II. — *Un point de la fig. I agrandi*

a, villosités chorales ; b, couche juxta-sinusiennne ; c, couche intermédiaire ; 1, tissu intercellulaire ; 2, cellules plus ou moins altérées ; 3, cellule peu altérée.

Le noyau se colore mal, il est souvent bourgeonnant ; par places il a complètement disparu ou bien présente un aspect

et sous la direction des doigts ne présente pas les dangers qu'on lui a attribués ». Nous ne pouvons partager cette manière de voir, et nous nous croyons autorisé à proscrire d'une façon systématique la curette, surtout tranchante, pour vider un utérus en état de gestation avancée. Nous faisons seulement exception pour les cas où l'on aurait à enlever un morceau de placenta de petit volume, adhérent en un point bien limité et que le doigt ne pourrait amener. N. Charles trouve la curette mousse plus dangereuse encore, nous la lui abandonnons, persuadé d'ailleurs que dans les cas d'adhérences vraies, elle sera plus impuissante que le doigt, tout en étant plus aveugle et plus brutale.

Nous croyons donc que c'est toujours *une intervention manuelle*, uniquement manuelle, qu'il faut pratiquer, tout en insistant à nouveau sur le caractère très laborieux qu'elle présente dans ces cas. Il faut donc introduire la main, enlever tout d'abord les cotylédons décollés quand il y en a, puis morceler, broyer les cotylédons adhérents. On arrivera peu à peu, par ce procédé, à enlever à peu près tout. Il faut aller avec prudence, sans violence, en soutenant bien l'utérus par la main abdominale, évitant avec soin de le léser.

Le professeur Fochier, dans son enseignement oral, avait coutume de répéter, quand il traitait des délivrances artificielles difficiles à faire, qu'il fallait, dans ces cas, après avoir enlevé le plus gros des débris placentaires, « peigner » pour ainsi dire la surface utérine avec le bout des doigts légèrement recourbés. Ce procédé est en effet excellent pour enlever le maximum de débris.

D'ailleurs, les manœuvres à pratiquer pour effectuer la délivrance laborieuse des placentas adhérents ont été très

bien décrites par M. le professeur Budin (1) et nous croyons utile de transcrire ici ce qu'il en a dit : « Autant que possible faire pénétrer la main entre les membranes et la paroi utérine; lorsqu'il y a eu hémorragie, vous pouvez, comme je vous l'ai indiqué, suivre la même route que le sang. Mais, si l'arrière-faix ne s'est détaché nulle part, ce procédé n'est guère praticable ; on pénètre alors directement dans l'œuf. On essaie de déchirer les membranes au pourtour du placenta, afin de pouvoir aborder la surface interne des cotylédons qu'on décolle soit avec le bord cubital, soit avec l'extrémité des doigts. Si on échoue, on perfore le disque placentaire près de son centre, on introduit les doigts dans la boutonnière, on les recourbe, et on les promène circulairement entre le placenta et l'utérus. Parfois les adhérences sont tellement intimes en certains points qu'on ne parvient pas à les rompre. On doit, cependant, s'efforcer d'enlever la plus grosse partie possible du tissu placentaire ; pour cela, on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médius, on effrite, on détache ainsi les tissus des villosités parcelles par parcelles, jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme, beaucoup plus résistante. »

Hamilton conseillait de saisir le placenta à pleine main, la pulpe des doigts enserrant les bords de l'organe. On rapproche ensuite les doigts les uns des autres de façon à le réduire de volume et à amener ainsi par glissement le décollement placentaire.

Tous ces procédés sont bons. On prendra l'un ou l'autre ; on les modifiera à sa guise, le tout est d'agir avec prudence et d'enlever le plus de débris possible.

(1) BUDIN : *Cliniques obstétricales*, p. 95.

En terminant nous pouvons rappeler ici quelques conseils donnés au sujet du décollement artificiel des placentas adhérents insérés sur les faces antérieure ou latérales de l'utérus. Pour faciliter le travail souvent pénible et un peu long du morcellement des débris dans les cas où le placenta adhère, pour la plus grande partie, à la face antérieure, Martin (1) recommande de mettre la femme dans le décubitus latéral. Il recommande même le décubitus sur le côté gauche qui permettra l'introduction de la main gauche « plus petite et plus grêle que l'autre ». Scanzoni (2) donne des conseils analogues pour les insertions latérales du placenta. Selon lui il est utile, pour opérer plus facilement, que la femme se trouve couchée sur le côté où adhère la totalité ou la plus grande partie du placenta. Ces précautions peuvent dans certains cas rendre des services appréciables et faciliter beaucoup la besogne.

La délivrance faite on ne négligera pas de faire une injection intra-utérine avec la liqueur iodo-iodurée de Tarnier qui préviendra l'infection par son action mécanique d'abord, et aussi par son action anti-putrescible assurée par l'imprégnation iodique des débris placentaires laissés dans l'utérus.

Inutile d'insister ici sur le *traitement de l'anémie* consécutive à la perte souvent considérable de sang éprouvée par l'accouchée. On fera, bien entendu, du sérum dès que l'hémorragie aura été importante.

Et enfin nous devons insister en terminant sur la surveillance très attentive qu'il faut exercer, après une interven-

(1) MARTIN : *Beitrag zur Gynaecologie*, 1848, fasc. 4, p. 402.

(2) SCANZONI : *Lehrbuch. der Geburtsh.*, 1867, t. III, p. 313.

tion semblable, sur le pouls et la température de la malade ; on doit *redouter ici l'infection* qui est fréquente. La moindre indication du côté du pouls ou de la température, le moindre signe suspect du côté de l'utérus, devra faire établir rapidement un traitement énergique contre l'infection. On pourra tout d'abord faire un écouvillonnage qui parfois suffira. Les lavages intra-utérins seront institués de bonne heure et pour peu que les phénomènes constatés deviennent plus nets, s'accroissent, on n'hésitera pas à faire un abcès de fixation, suivant la méthode indiquée par le professeur Fochier et qui a à son actif des résultats tels qu'il serait téméraire de ne pas s'en assurer le bénéfice.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I

Morgani (1) rapporte le cas d'une femme morte treize jours après avoir accouché, dont il fit l'autopsie. Il trouva une adhérence partielle du placenta telle qu'il dut faire usage du scalpel pour le séparer du tissu utérin.

OBSERVATION II

Røederer (2) rapporte l'observation d'une accouchée qui eut une hémorragie de la délivrance nécessitant la délivrance manuelle. Cette dernière, assez laborieuse, dut être faite avec une certaine violence. La femme mourut.

A l'autopsie Røederer trouva la surface interne de l'utérus déchirée : les fibres charnues étaient mises à nu.

OBSERVATION III

(Observation VIII de BRACHET) (3).

Tertipare. — Vers le quatrième mois de la grossesse métrite très intense qui fait craindre l'avortement.

(1) Cité par TARNIER et BUDIN.

(2) RØEDERER : *Éléments de l'art des accouchements*, 1765, p. 189.

(3) BRACHET : *Revue médicale*, 1828.

Accouchement heureux. Placenta très adhérent : on ne fait la délivrance qu'en déchirant le tissu du placenta et en abandonnant à la matrice la couche la plus extérieure.

Le tissu du placenta enlevé était sain et ne présentait aucune altération pathologique.

OBSERVATIONS IV et V

En mai 1836, Maslieurat-Lagemard (1) rapporte deux observations de rétention placentaire avec adhérences rendant l'extraction impossible.

On abandonne le placenta dans l'utérus. Quelques accidents se produisent au début, qui cessent rapidement.

OBSERVATION VI

En juillet 1837, Villeneuve (2) rapporte l'observation d'une secundipare, grosse de six mois, qui accouche de trois filles.

Les placentas des deux derniers enfants sortent spontanément.

Le placenta du premier ne peut être extrait.

Prompt rétablissement et sortie de l'hôpital.

Vingt jours après la sortie : hémorragie utérine de huit jours ressemblant à des règles, mais la malade ne rend pas de corps fibreux ni fibrineux.

Le trente et unième jour, l'utérus est à nouveau mobile, léger et ne se sent plus à travers la paroi abdominale.

OBSERVATION VII

En novembre 1846, Gourrier (3) (de Carcassonne) publie l'observation d'une femme ayant eu après son accouchement de la rétention placentaire.

(1) Cité par CHARPENTIER, in *Des maladies du placenta et des membranes*.

(2) *Id.*

(3) *Id.*

On essaie en vain de faire la décortication du placenta. Il est adhérent et ces essais de séparation amènent des syncopes.

Rétablissement prompt, quoique les trois quarts environ du placenta fussent restés dans l'utérus.

Seconde grossesse très heureuse.

A la troisième grossesse : nouvelle adhérence du placenta et mort de l'accouchée.

OBSERVATION VIII

En avril 1848, Olavide (1) donne l'observation d'une femme ayant présenté un placenta tellement adhérent qu'on ne put la délivrer.

Il prétend avoir constaté par le toucher la diminution graduelle du tissu placentaire jusqu'à disparition complète.

OBSERVATION IX

(Empruntée à BUDIN) (2)

Femme morte d'hémorragie utérine après une délivrance artificielle qui parut complète.

A l'autopsie on trouva un cotylédon placentaire long de 3 à 4 centim. dont l'adhérence au tissu utérin était telle qu'il fallut recourir au scalpel pour la rompre.

OBSERVATION X

(Empruntée à BUDIN) (3)

« Je me souviens qu'un jour, en 1872, pendant mon internat à la Maternité, M. Tarnier m'apporta un placenta en me priant de rechercher s'il n'était pas resté de fibres musculaires à sa

(1) Cité par CHARPENTIER, *loc. cit.*

(2) BUDIN : *Cliniques obstétricales*, 1889, p. 90.

(3) *Id.*

surface, tant la délivrance artificielle avait été rendue laborieuse par le fait des adhérences »

OBSERVATION XI

(Empruntée à LEISS (1) et résumée)

Après un accouchement qui n'avait rien présenté de spécial, une forte hémorragie survient, nécessitant le décollement manuel du placenta. Cette intervention est laborieuse : on tombe en effet sur un placenta partiellement adhérent. On trouve notamment au niveau des orifices des trompes des débris placentaires fortement adhérents.

L'hémorragie s'arrête. Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION XII

(Empruntée à AUVARD) (2)

M^{me} C..., âgée de vingt-sept ans, enceinte pour la septième fois, entre en travail dans la soirée du 22 janvier dernier, et elle est envoyée pour son accouchement chez une sage-femme agréée de l'Hôtel-Dieu.

Rien de spécial à noter dans les antécédents, *sauf un accouchement qui a présenté quelques difficultés au moment de la délivrance*. C'est en décembre 1883 (ainsi que la sage-femme qui a fait l'accouchement à cette époque a pu nous le dire), que le cordon, étant inséré sur les membranes, se rompit à son insertion au moment des tractions et on fut obligé d'introduire la main dans l'utérus pour opérer l'extraction du placenta.

J'arrive à l'histoire de la grossesse actuelle ; les dernières règles datent du 27 mars 1886. La grossesse est donc largement à terme le 22 janvier 1887.

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

(2) AUVARD : *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 164.

La gestation n'a présenté que deux légers accidents, mais qui offrent ici un intérêt spécial, il s'agit de *deux hémorragies survenues*, l'une vers le 23 novembre et qui a duré cinq ou six jours, l'autre, un mois après, vers le 23 décembre, et qui ne s'est montrée que pendant deux jours.

L'écoulement sanguin a été faible et n'a exigé aucun traitement spécial.

L'accouchement a lieu le 23 janvier, à 4 heures trois quarts du matin, normalement et en présentation du sommet, position OIGA. L'enfant est une fille bien portante de 3.600 grammes.

La sage-femme essaie à plusieurs reprises de faire la délivrance en tirant sur le cordon. A 7 heures, c'est-à-dire deux heures environ après l'accouchement, voyant qu'elle ne peut amener le délivre, et la femme perdant une assez grande quantité de sang, elle m'envoie chercher.

J'arrive un peu avant huit heures ; je trouve la femme assez pâle et anémiée ; l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic. En pratiquant le toucher, je sens le placenta commençant à s'engager dans le col par un de ses bords. J'essaie de légères tractions combinées avec l'expression utérine, espérant ainsi entraîner le placenta. Je n'obtiens aucun résultat.

J'introduis alors la main dans l'intérieur des organes génitaux. J'arrive d'abord sur le placenta que je contourne à l'aide de la main, et, suivant toujours ce tissu placentaire qui me sert de guide dans mon exploration, je ne tarde pas à m'apercevoir qu'une partie du placenta est adhérente à l'utérus, et cela en un point correspondant à la paroi droite de la matrice.

Je supposais, avec les doigts, pouvoir facilement détacher ce cotylédon adhérent et j'essayais, en raclant avec l'extrémité de la pulpe, de séparer le placenta de l'utérus. Toute tentative dirigée dans ce sens resta vaine.

La fusion était intime : il aurait fallu introduire dans la matrice un instrument tranchant pour opérer cette séparation.

En présence de cette résistance inattendue et ne voulant pas abandonner cette femme sans la délivrer, je saisis le placenta à pleines mains et, enfonçant l'extrémité des doigts dans le tissu même du placenta, j'arrivai à le déchirer et je pus en extraire la plus grande partie.

Mais tout n'était pas enlevé et, en introduisant de nouveau la main dans l'utérus, je pus sentir un gros fragment du placenta retenu par l'adhérence anormale. Je saisis avec les doigts le point le plus proéminent, je le déchirai, et, répétant cinq ou six fois cette manœuvre en différents points de ce polype placentaire, j'arrivai à le déchiqueter et à l'enlever presque complètement.

Je dis *presque*, car je ne voulus pas aller trop loin de peur d'intéresser le tissu utérin, ce qui aurait pu amener des complications graves.

Je fis à la suite une injection intra-utérine antiseptique avec une solution phéniquée chaude, et, pendant les suites de couches, je me contentai de faire pratiquer toutes les deux heures le jour, et toutes les trois à quatre heures la nuit, des injections vaginales phéniquées.

Les suites de couches furent relativement bonnes. La femme eut un écoulement lochial fétide à partir du deuxième jour ; quelques débris s'échappaient avec le liquide génital. La température oscillait le matin entre 37° et 37° 5, le soir entre 38° et 38° 5.

A partir du sixième jour, la fétidité des lochies diminuait, les débris devinrent moins abondants. Le 4 février, c'est-à-dire douze jours après son accouchement, la patiente pouvait quitter la sage-femme chez laquelle elle se trouvait, bien rétablie, et ne présentant plus qu'un très léger écoulement vaginal.

EN SOMME. — *Difficultés de la délivrance dans un accouchement antérieur. — Hémorragies pendant la grossesse. — Hémorragie de la délivrance. — Délivrance manuelle très pénible par suite de fortes adhérences avec la matrice. — Extraction par morcellement.*

OBSERVATION XIII

(Empruntée à N. CHARLES) (1)

Femme de trente-deux ans, de bonne constitution, enceinte de six mois environ. La grossesse a été heureuse jusqu'aux jours derniers. Mais la jeune épouse a été danser avec son mari à la kermesse ; peu après elle a ressenti des douleurs abdominales et bientôt la fausse couche s'est déclarée, en dépit d'un traitement répressif (repos au lit, laudanum, etc.).

Le samedi 12 octobre 1901, un habile confrère a constaté une présentation de l'épaule, a été chercher les pieds, et a terminé l'accouchement en dix minutes sans encombre.

Mais la délivrance n'a pu être faite : l'orifice interne du col resserré spasmodiquement ne permettait pas l'entrée d'un seul doigt dans l'utérus ; ni l'expression utérine ni les tractions sur le cordon n'aboutirent à faire descendre le gâteau.

La contraction a persisté malgré les antispasmodiques.

Le lendemain dimanche, l'état du col n'était pas modifié, ainsi qu'a pu le constater aussi un confrère appelé en consultation.

Ce jour, la température a été de 39°2 le matin et de 37° 6 le soir. Trois injections vaginales d'eau sublimée ont été faites pour retarder la putréfaction.

L'accouchée a peu perdu, mais la sécrétion est, ce matin lundi, d'une odeur repoussante. La peau est chaude, le pouls rapide, la face pâle. Il y a eu un frisson la nuit. La malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Elle a été sondée la veille et n'a pas uriné depuis ; la sonde ramène un demi-pot d'urine peu odorante.

Les douleurs abdominales sont faibles, et il n'y a pas de tympanisme.

Le fond utérin est très élevé, arrive presque à l'ombilic. Le

(1) CHARLES : *Journal d'accouchements de Liège*, 20 oct. 1901.

col est presque inaccessible, et pour l'atteindre deux doigts sont introduits dans le vagin. Au préalable nous devons nettoyer le canal, enlever le cordon putréfié et des caillots malodorants. De nombreux lavages et injections sublimés sont pour cela nécessaires.

Les deux doigts pénètrent dans le canal cervical entr'ouvert, mais sont arrêtés avant même l'orifice interne par des tissus durs et résistants ; la première phalange seule de l'indicateur parvient à entrer avec difficulté et n'atteint pas la substance placentaire.

La patiente est profondément chloroformée et bien soutenue dans la position obstétricale. Nous procédons alors à la dilatation du col puis au curetage avec une large cuillère tranchante.

La masse placentaire est considérable à six mois de grossesse et même la cuillère tranchante glisse facilement dessus sans l'entamer aisément. De plus les parois utérines sont ramollies par la gestation avancée, ne donnent pas le cri utérin et se laisseraient vite perforer.

Il faut donc agir avec une extrême prudence. C'est pourquoi nous alternons la curette et les doigts : ceux-ci vont le plus loin possible et décollent autant qu'ils peuvent ; puis la large curette est de nouveau introduite et cherche à mordre dans le tissu glissant du placenta. Les lavages et les irrigations ne sont pas épargnés entre deux.

Après quatre ou cinq manœuvres de l'espèce, nous parvenons à amener dans le col des fragments importants, puis la pince arrive à entraîner successivement tout le gâteau. Deux doigts introduits alors dans la matrice constatent qu'elle a été complètement évacuée.

Nous terminons l'opération par un lavage de la cavité utérine, un écouvillonnage avec de la créosote glycinée et un tamponnement à la gaze iodoformée.

.....
Parmi les délivrances artificielles très laborieuses que nous avons pratiquées, celle-ci occupe une bonne place.

Les difficultés ont eu deux causes : 1° l'état du col ; 2° les adhérences intimes et étendues du placenta.

.....
Les adhérences étaient presque totales et la cuillère tranchante a eu sa bonne part dans l'intervention ; les doigts n'auraient pu suffire. Les deux étaient indispensables et s'aidaient mutuellement.

EN SOMME. — *Rétention du placenta après une fausse couche de six mois, suite d'adhérences et de spasme de l'orifice interne du col. Extraction très laborieuse le troisième jour à l'aide des doigts et de la curette. Ecouvillonnage et tamponnement.*

OBSERVATION XIV

(Empruntée à NEUMANN (1) et résumée)

Cas d'adhérences placentaires dans un placenta prævia, avec issue fatale.

A l'autopsie on trouve beaucoup de débris placentaires restés intimement adhérents à la paroi utérine.

Les coupes histologiques montrent par places « une absence totale de la sérotine et un rapport direct entre le muscle utérin et les villosités chorales ». « Celles-ci se dessinent avec une large couche syncytiale et avec de gros noyaux du tissu chorial. Dans la couche musculaire adhérente aux villosités on trouve un développement exagéré du tissu interstitiel et une dégénérescence hyaline des fibres musculaires. »

OBSERVATION XV

(Empruntée à T.-A. ALEXANDROW (2) et résumée)

Femme de vingt-sept ans. Tertipare.

Laparotomie pour rupture utérine.

(1) *Monatsschr. f. Geburtshülff. und Gynaek.*, Bd 4, S. 307.

(2) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1904, p. 994.

On trouve le fœtus dans la cavité abdominale et le placenta dans la cavité utérine, adhérent à la paroi.

Examen histologique des fragments placentaires adhérents : Le *tissu musculaire* est faiblement coloré et en dégénérescence vitreuse. Dans la paroi utérine on trouve immédiatement à côté du muscle utérin, une couche fibrillaire mêlée à des globules rouges.

Plus loin, on voit les *villosités* dont le syncytium est en grande partie bien conservé. Les villosités n'ont pas pourtant le même aspect. En quelques points, elles sont entourées par la couche fibrillaire et le syncytium n'est pas visible. En d'autres points, elles sont entourées de tissu conjonctif dont les faisceaux peuvent être poursuivis jusqu'aux interstices du tissu utérin.

Entre les villosités et le muscle utérin, il n'existe nulle part de *cellules déciduales* ; la couche glandulaire a aussi complètement disparu. Les vaisseaux sont distendus, remplis et débordés par des globules rouges.

OBSERVATION XVI

(Empruntée à LEISS (1) et résumée)

Femme de trente-neuf ans.

Accouchements précédents normaux, sauf les cinquième, septième et huitième pour lesquels on doit faire la *délivrance manuelle* à cause d'hémorragies abondantes.

Onzième accouchement spontané et normal. Quarante minutes après l'expulsion de l'enfant, se produit une abondante hémorragie qui résiste à toutes les tentatives d'hémostase. On se décide alors à faire la délivrance manuelle. Le séparation artificielle du placenta est difficile et laborieuse : le placenta est en effet solidement adhérent au fond de l'utérus et près des orifices des trompes. L'hémorragie continue, beaucoup moins

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

abondante. Malgré tout, la malade meurt trois heures après l'accouchement.

Les pièces sont présentées par Léopold (1) à la même séance de la Société des Hôpitaux de Berlin.

Macroscopiquement : L'utérus est très gros, très mou. On reconnaît sur la paroi utérine la surface d'adhérence placentaire. A droite, sur l'embouchure de la trompe, on trouve plusieurs morceaux du placenta, si bien adhérents que la séparation digitale est impossible.

Microscopiquement : Quelques morceaux de ces débris placentaires avec la couche musculaire attenante sont examinés au microscope.

On voit que la *sérotine* a en grande partie disparu et se trouve remplacée par du tissu conjonctif. Les cellules déciduales et les culs-de-sac glandulaires sont entourés par ce tissu conjonctif et sont très réduits.

Les têtes des *villosités* sont enfoncées dans ce tissu conjonctif dur et filamenteux et sont intimement liées au muscle utérin.

Donc « la couche spongieuse de la sérotine manque, et, par là, la séparation spontanée du placenta n'a pu s'effectuer ».

EN SOMME. — *Délivrance artificielle nécessitée par d'abondantes hémorragies au cours de trois accouchements antérieurs. Accouchement avec grosse hémorragie consécutive que ne peut arrêter une délivrance artificielle rendue très laborieuse par les fortes adhérences du placenta. Mort.*

Lésions histologiques importantes de la sérotine. Atrophie des cellules déciduales étouffées dans un tissu conjonctif dur.

OBSERVATION XVII

(Empruntée à KONRAD HENSE (2) et résumée)

Femme de trente-trois ans.

Accouchements antérieurs normaux sauf le troisième et le

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

(2) *Zeitschrift. f. Geburt. und. Gynaek.*, 1904, p. 272.

quatrième pour lesquels on est obligé de faire la *délivrance artificielle*.

Huitième accouchement : Normal et spontané. Vingt minutes après l'expulsion du fœtus une forte hémorragie se produit. On pratique l'expression de l'utérus dont la contractilité se réveille, mais, pendant les douleurs, l'hémorragie continue assez abondante. Brusquement la patiente se cyanose, le pouls devient très petit et monte à 140, la respiration devient superficielle. La malade meurt au bout de huit heures et demie.

Autopsie : Insuffisances aortique et mitrale. Œdème pulmonaire. Hydrothorax. Hydropéricarde. Ascite. Début de péritonite.

Le placenta est dans l'utérus, en partie décollé et en partie en adhérence intime avec la paroi utérine. Insertion marginale. Entre le segment décollé du placenta et les membranes d'un côté et la paroi utérine de l'autre, il existe de gros caillots sanguins.

Examen microscopique du placenta et de la paroi musculaire au niveau des adhérences :

Les *villosités* ne présentent que très peu ou pas d'altérations.

C'est la *décidue* et surtout la *décidue sérotine* qui est la plus altérée. En effet, celle-ci manque complètement sur plusieurs points et représente un développement bien modifié là où elle existe ; elle est mince et grêle, elle ne montre plus une couche de séparation nette entre les villosités et le muscle utérin ; elle est riche en lacunes, en brèches au niveau desquelles les villosités, soit directement, soit plutôt par l'intermédiaire de leur syncytium, entrent en connexion directe avec les fibres musculaires de l'utérus. La *décidue* « prend par places un peu de largeur ; çà et là elle forme encore de petites saillies, jusqu'à ce qu'elle prenne l'aspect d'une bande mince et disparaisse ensuite brusquement comme si elle était rompue, laissant les villosités et la couche musculaire en rapport direct ».

Les cellules déciduales conservées sont petites, indistinctes ;

et sous la direction des doigts ne présente pas les dangers qu'on lui a attribués ». Nous ne pouvons partager cette manière de voir, et nous nous croyons autorisé à proscrire d'une façon systématique la curette, surtout tranchante, pour vider un utérus en état de gestation avancée. Nous faisons seulement exception pour les cas où l'on aurait à enlever un morceau de placenta de petit volume, adhérent en un point bien limité et que le doigt ne pourrait amener. N. Charles trouve la curette mousse plus dangereuse encore, nous la lui abandonnons, persuadé d'ailleurs que dans les cas d'adhérences vraies, elle sera plus impuissante que le doigt, tout en étant plus aveugle et plus brutale.

Nous croyons donc que c'est toujours *une intervention manuelle*, uniquement manuelle, qu'il faut pratiquer, tout en insistant à nouveau sur le caractère très laborieux qu'elle présente dans ces cas. Il faut donc introduire la main, enlever tout d'abord les cotylédons décollés quand il y en a, puis morceler, broyer les cotylédons adhérents. On arrivera peu à peu, par ce procédé, à enlever à peu près tout. Il faut aller avec prudence, sans violence, en soutenant bien l'utérus par la main abdominale, évitant avec soin de le léser.

Le professeur Fochier, dans son enseignement oral, avait coutume de répéter, quand il traitait des délivrances artificielles difficiles à faire, qu'il fallait, dans ces cas, après avoir enlevé le plus gros des débris placentaires, « peigner » pour ainsi dire la surface utérine avec le bout des doigts légèrement recourbés. Ce procédé est en effet excellent pour enlever le maximum de débris.

D'ailleurs, les manœuvres à pratiquer pour effectuer la délivrance laborieuse des placentas adhérents ont été très

bien décrites par M. le professeur Budin (1) et nous croyons utile de transcrire ici ce qu'il en a dit : « Autant que possible faire pénétrer la main entre les membranes et la paroi utérine; lorsqu'il y a eu hémorragie, vous pouvez, comme je vous l'ai indiqué, suivre la même route que le sang. Mais, si l'arrière-faix ne s'est détaché nulle part, ce procédé n'est guère praticable ; on pénètre alors directement dans l'œuf. On essaie de déchirer les membranes au pourtour du placenta, afin de pouvoir aborder la surface interne des cotylédons qu'on décolle soit avec le bord cubital, soit avec l'extrémité des doigts. Si on échoue, on perfore le disque placentaire près de son centre, on introduit les doigts dans la boutonnière, on les recourbe, et on les promène circulairement entre le placenta et l'utérus. Parfois les adhérences sont tellement intimes en certains points qu'on ne parvient pas à les rompre. On doit, cependant, s'efforcer d'enlever la plus grosse partie possible du tissu placentaire ; pour cela, on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médius, on effrite, on détache ainsi les tissus des villosités parcelles par parcelles, jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme, beaucoup plus résistante. »

Hamilton conseillait de saisir le placenta à pleine main, la pulpe des doigts enserrant les bords de l'organe. On rapproche ensuite les doigts les uns des autres de façon à le réduire de volume et à amener ainsi par glissement le décollement placentaire.

Tous ces procédés sont bons. On prendra l'un ou l'autre ; on les modifiera à sa guise, le tout est d'agir avec prudence et d'enlever le plus de débris possible.

(1) BUDIN : *Cliniques obstétricales*, p. 95.

En terminant nous pouvons rappeler ici quelques conseils donnés au sujet du décollement artificiel des placentas adhérents insérés sur les faces antérieure ou latérales de l'utérus. Pour faciliter le travail souvent pénible et un peu long du morcellement des débris dans les cas où le placenta adhère, pour la plus grande partie, à la face antérieure, Martin (1) recommande de mettre la femme dans le décubitus latéral. Il recommande même le décubitus sur le côté gauche qui permet l'introduction de la main gauche « plus petite et plus grêle que l'autre ». Scanzoni (2) donne des conseils analogues pour les insertions latérales du placenta. Selon lui il est utile, pour opérer plus facilement, que la femme se trouve couchée sur le côté où adhère la totalité ou la plus grande partie du placenta. Ces précautions peuvent dans certains cas rendre des services appréciables et faciliter beaucoup la besogne.

La délivrance faite on ne négligera pas de faire une injection intra-utérine avec la liqueur iodo-iodurée de Tarnier qui prévient l'infection par son action mécanique d'abord, et aussi par son action anti-putrescible assurée par l'imprégnation iodique des débris placentaires laissés dans l'utérus.

Inutile d'insister ici sur le *traitement de l'anémie* consécutive à la perte souvent considérable de sang éprouvée par l'accouchée. On fera, bien entendu, du sérum dès que l'hémorragie aura été importante.

Et enfin nous devons insister en terminant sur la surveillance très attentive qu'il faut exercer, après une interven-

(1) MARTIN : *Beitrag zur Gynaecologie*, 1848, fasc. 4, p. 402.

(2) SCANZONI : *Lehrbuch. der Geburtsh.*, 1867, t. III, p. 343.

tion semblable, sur le pouls et la température de la malade ; on doit *redouter ici l'infection* qui est fréquente. La moindre indication du côté du pouls ou de la température, le moindre signe suspect du côté de l'utérus, devra faire établir rapidement un traitement énergique contre l'infection. On pourra tout d'abord faire un écouvillonnage qui parfois suffira. Les lavages intra-utérins seront institués de bonne heure et pour peu que les phénomènes constatés deviennent plus nets, s'accroissent, on n'hésitera pas à faire un abcès de fixation, suivant la méthode indiquée par le professeur Fochier et qui a à son actif des résultats tels qu'il serait téméraire de ne pas s'en assurer le bénéfice.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I

Morgani (1) rapporte le cas d'une femme morte treize jours après avoir accouché, dont il fit l'autopsie. Il trouva une adhérence partielle du placenta telle qu'il dut faire usage du scalpel pour le séparer du tissu utérin.

OBSERVATION II

Røederer (2) rapporte l'observation d'une accouchée qui eut une hémorragie de la délivrance nécessitant la délivrance manuelle. Cette dernière, assez laborieuse, dut être faite avec une certaine violence. La femme mourut.

A l'autopsie Røederer trouva la surface interne de l'utérus déchirée : les fibres charnues étaient mises à nu.

OBSERVATION III

(Observation VIII de BRACHET) (3).

Tertipare. — Vers le quatrième mois de la grossesse métrite très intense qui fait craindre l'avortement.

(1) Cité par TARNIER et BUDIN.

(2) RØEDERER : *Éléments de l'art des accouchements*, 1765, p. 189.

(3) BRACHET : *Revue médicale*, 1828.

Accouchement heureux. Placenta très adhérent : on ne fait la délivrance qu'en déchirant le tissu du placenta et en abandonnant à la matrice la couche la plus extérieure.

Le tissu du placenta enlevé était sain et ne présentait aucune altération pathologique.

OBSERVATIONS IV et V

En mai 1836, Maslieurat-Lagemard (1) rapporte deux observations de rétention placentaire avec adhérences rendant l'extraction impossible.

On abandonne le placenta dans l'utérus. Quelques accidents se produisent au début, qui cessent rapidement.

OBSERVATION VI

En juillet 1837, Villeneuve (2) rapporte l'observation d'une secundipare, grosse de six mois, qui accouche de trois filles.

Les placentas des deux derniers enfants sortent spontanément.

Le placenta du premier ne peut être extrait.

Prompt rétablissement et sortie de l'hôpital.

Vingt jours après la sortie : hémorragie utérine de huit jours ressemblant à des règles, mais la malade ne rend pas de corps fibreux ni fibrineux.

Le trente et unième jour, l'utérus est à nouveau mobile, léger et ne se sent plus à travers la paroi abdominale.

OBSERVATION VII

En novembre 1846, Gourrier (3) (de Carcassonne) publie l'observation d'une femme ayant eu après son accouchement de la rétention placentaire.

(1) Cité par CHARPENTIER, in *Des maladies du placenta et des membranes*.

(2) *Id.*

(3) *Id.*

On essaie en vain de faire la décortication du placenta. Il est adhérent et ces essais de séparation amènent des syncopes.

Rétablissement prompt, quoique les trois quarts environ du placenta fussent restés dans l'utérus.

Seconde grossesse très heureuse.

A la troisième grossesse : nouvelle adhérence du placenta et mort de l'accouchée.

OBSERVATION VIII

En avril 1848, Olavide (1) donne l'observation d'une femme ayant présenté un placenta tellement adhérent qu'on ne put la délivrer.

Il prétend avoir constaté par le toucher la diminution graduelle du tissu placentaire jusqu'à disparition complète.

OBSERVATION IX

(Empruntée à BUDIN) (2)

Femme morte d'hémorragie utérine après une délivrance artificielle qui parut complète.

A l'autopsie on trouva un cotylédon placentaire long de 3 à 4 centim. dont l'adhérence au tissu utérin était telle qu'il fallut recourir au scalpel pour la rompre.

OBSERVATION X

(Empruntée à BUDIN) (3)

« Je me souviens qu'un jour, en 1872, pendant mon internat à la Maternité, M. Tarnier m'apporta un placenta en me priant de rechercher s'il n'était pas resté de fibres musculaires à sa

(1) Cité par CHARPENTIER, *loc. cit.*

(2) BUDIN : *Cliniques obstétricales*, 1889, p. 90.

(3) *Id.*

surface, tant la délivrance artificielle avait été rendue laborieuse par le fait des adhérences »

OBSERVATION XI

(Empruntée à LEISS (1) et résumée)

Après un accouchement qui n'avait rien présenté de spécial, une forte hémorragie survient, nécessitant le décollement manuel du placenta. Cette intervention est laborieuse : on tombe en effet sur un placenta partiellement adhérent. On trouve notamment au niveau des orifices des trompes des débris placentaires fortement adhérents.

L'hémorragie s'arrête. Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION XII

(Empruntée à AUVARD) (2)

M^{me} C..., âgée de vingt-sept ans, enceinte pour la septième fois, entre en travail dans la soirée du 22 janvier dernier, et elle est envoyée pour son accouchement chez une sage-femme agréée de l'Hôtel-Dieu.

Rien de spécial à noter dans les antécédents, *sauf un accouchement qui a présenté quelques difficultés au moment de la délivrance*. C'est en décembre 1883 (ainsi que la sage-femme qui a fait l'accouchement à cette époque a pu nous le dire), que le cordon, étant inséré sur les membranes, se rompit à son insertion au moment des tractions et on fut obligé d'introduire la main dans l'utérus pour opérer l'extraction du placenta.

J'arrive à l'histoire de la grossesse actuelle ; les dernières règles datent du 27 mars 1886. La grossesse est donc largement à terme le 22 janvier 1887.

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

(2) AUVARD : *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 164.

La gestation n'a présenté que deux légers accidents, mais qui offrent ici un intérêt spécial, il s'agit de *deux hémorragies survenues*, l'une vers le 23 novembre et qui a duré cinq ou six jours, l'autre, un mois après, vers le 23 décembre, et qui ne s'est montrée que pendant deux jours.

L'écoulement sanguin a été faible et n'a exigé aucun traitement spécial.

L'accouchement a lieu le 23 janvier, à 4 heures trois quarts du matin, normalement et en présentation du sommet, position OIGA. L'enfant est une fille bien portante de 3.600 grammes.

La sage-femme essaie à plusieurs reprises de faire la délivrance en tirant sur le cordon. A 7 heures, c'est-à-dire deux heures environ après l'accouchement, voyant qu'elle ne peut amener le délivre, et la femme perdant une assez grande quantité de sang, elle m'envoie chercher.

J'arrive un peu avant huit heures ; je trouve la femme assez pâle et anémiée ; l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic. En pratiquant le toucher, je sens le placenta commençant à s'engager dans le col par un de ses bords. J'essaie de légères tractions combinées avec l'expression utérine, espérant ainsi entraîner le placenta. Je n'obtiens aucun résultat.

J'introduis alors la main dans l'intérieur des organes génitaux. J'arrive d'abord sur le placenta que je contourne à l'aide de la main, et, suivant toujours ce tissu placentaire qui me sert de guide dans mon exploration, je ne tarde pas à m'apercevoir qu'une partie du placenta est adhérente à l'utérus, et cela en un point correspondant à la paroi droite de la matrice.

Je supposais, avec les doigts, pouvoir facilement détacher ce cotylédon adhérent et j'essayais, en raclant avec l'extrémité de la pulpe, de séparer le placenta de l'utérus. Toute tentative dirigée dans ce sens resta vaine.

La fusion était intime : il aurait fallu introduire dans la matrice un instrument tranchant pour opérer cette séparation.

En présence de cette résistance inattendue et ne voulant pas abandonner cette femme sans la délivrer, je saisis le placenta à pleines mains et, enfonçant l'extrémité des doigts dans le tissu même du placenta, j'arrivai à le déchirer et je pus en extraire la plus grande partie.

Mais tout n'était pas enlevé et, en introduisant de nouveau la main dans l'utérus, je pus sentir un gros fragment du placenta retenu par l'adhérence anormale. Je saisis avec les doigts le point le plus proéminent, je le déchirai, et, répétant cinq ou six fois cette manœuvre en différents points de ce polype placentaire, j'arrivai à le déchiqueter et à l'enlever presque complètement.

Je dis *presque*, car je ne voulus pas aller trop loin de peur d'intéresser le tissu utérin, ce qui aurait pu amener des complications graves.

Je fis à la suite une injection intra-utérine antiseptique avec une solution phéniquée chaude, et, pendant les suites de couches, je me contentai de faire pratiquer toutes les deux heures le jour, et toutes les trois à quatre heures la nuit, des injections vaginales phéniquées.

Les suites de couches furent relativement bonnes. La femme eut un écoulement lochial fétide à partir du deuxième jour ; quelques débris s'échappaient avec le liquide génital. La température oscillait le matin entre 37° et 37° 5, le soir entre 38° et 38° 5.

A partir du sixième jour, la fétidité des lochies diminuait, les débris devinrent moins abondants. Le 4 février, c'est-à-dire douze jours après son accouchement, la patiente pouvait quitter la sage-femme chez laquelle elle se trouvait, bien rétablie, et ne présentant plus qu'un très léger écoulement vaginal.

EN SOMME. — *Difficultés de la délivrance dans un accouchement antérieur. — Hémorragies pendant la grossesse. — Hémorragie de la délivrance. — Délivrance manuelle très pénible par suite de fortes adhérences avec la matrice. — Extraction par morcellement.*

OBSERVATION XIII

(Empruntée à N. CHARLES) (1)

Femme de trente-deux ans, de bonne constitution, enceinte de six mois environ. La grossesse a été heureuse jusqu'aux jours derniers. Mais la jeune épouse a été danser avec son mari à la kermesse ; peu après elle a ressenti des douleurs abdominales et bientôt la fausse couche s'est déclarée, en dépit d'un traitement répressif (repos au lit, laudanum, etc.).

Le samedi 12 octobre 1901, un habile confrère a constaté une présentation de l'épaule, a été chercher les pieds, et a terminé l'accouchement en dix minutes sans encombre.

Mais la délivrance n'a pu être faite : l'orifice interne du col resserré spasmodiquement ne permettait pas l'entrée d'un seul doigt dans l'utérus ; ni l'expression utérine ni les tractions sur le cordon n'aboutirent à faire descendre le gâteau.

La contraction a persisté malgré les antispasmodiques.

Le lendemain dimanche, l'état du col n'était pas modifié, ainsi qu'a pu le constater aussi un confrère appelé en consultation.

Ce jour, la température a été de 39°2 le matin et de 37° 6 le soir. Trois injections vaginales d'eau sublimée ont été faites pour retarder la putréfaction.

L'accouchée a peu perdu, mais la sécrétion est, ce matin lundi, d'une odeur repoussante. La peau est chaude, le pouls rapide, la face pâle. Il y a eu un frisson la nuit. La malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Elle a été sondée la veille et n'a pas uriné depuis ; la sonde ramène un demi-pot d'urine peu odorante.

Les douleurs abdominales sont faibles, et il n'y a pas de tympanisme.

Le fond utérin est très élevé, arrive presque à l'ombilic. Le

(1) CHARLES : *Journal d'accouchements de Liège*, 20 oct. 1901.

col est presque inaccessible, et pour l'atteindre deux doigts sont introduits dans le vagin. Au préalable nous devons nettoyer le canal, enlever le cordon putréfié et des caillots malodorants. De nombreux lavages et injections sublimés sont pour cela nécessaires.

Les deux doigts pénètrent dans le canal cervical entr'ouvert, mais sont arrêtés avant même l'orifice interne par des tissus durs et résistants ; la première phalange seule de l'indicateur parvient à entrer avec difficulté et n'atteint pas la substance placentaire.

La patiente est profondément chloroformée et bien soutenue dans la position obstétricale. Nous procédons alors à la dilatation du col puis au curetage avec une large cuillère tranchante.

La masse placentaire est considérable à six mois de grossesse et même la cuillère tranchante glisse facilement dessus sans l'entamer aisément. De plus les parois utérines sont ramollies par la gestation avancée, ne donnent pas le cri utérin et se laisseraient vite perforer.

Il faut donc agir avec une extrême prudence. C'est pourquoi nous alternons la curette et les doigts : ceux-ci vont le plus loin possible et décollent autant qu'ils peuvent ; puis la large curette est de nouveau introduite et cherche à mordre dans le tissu glissant du placenta. Les lavages et les irrigations ne sont pas épargnés entre deux.

Après quatre ou cinq manœuvres de l'espèce, nous parvenons à amener dans le col des fragments importants, puis la pince arrive à entraîner successivement tout le gâteau. Deux doigts introduits alors dans la matrice constatent qu'elle a été complètement évacuée.

Nous terminons l'opération par un lavage de la cavité utérine, un écouvillonnage avec de la créosote glycinée et un tamponnement à la gaze iodoformée.

.....
Parmi les délivrances artificielles très laborieuses que nous avons pratiquées, celle-ci occupe une bonne place.

Les difficultés ont eu deux causes : 1° l'état du col ; 2° les adhérences intimes et étendues du placenta.

.....
Les adhérences étaient presque totales et la cuillère tranchante a eu sa bonne part dans l'intervention ; les doigts n'auraient pu suffire. Les deux étaient indispensables et s'aidaient mutuellement.

EN SOMME. — *Rétention du placenta après une fausse couche de six mois, suite d'adhérences et de spasme de l'orifice interne du col. Extraction très laborieuse le troisième jour à l'aide des doigts et de la curette. Ecouvillonnage et tamponnement.*

OBSERVATION XIV

(Empruntée à NEUMANN (1) et résumée)

Cas d'adhérences placentaires dans un placenta prævia, avec issue fatale.

A l'autopsie on trouve beaucoup de débris placentaires restés intimement adhérents à la paroi utérine.

Les coupes histologiques montrent par places « une absence totale de la sérotine et un rapport direct entre le muscle utérin et les villosités choriales ». « Celles-ci se dessinent avec une large couche syncytiale et avec de gros noyaux du tissu chorial. Dans la couche musculaire adhérente aux villosités on trouve un développement exagéré du tissu interstitiel et une dégénérescence hyaline des fibres musculaires. »

OBSERVATION XV

(Empruntée à T.-A. ALEXANDROW (2) et résumée)

Femme de vingt-sept ans. Tertipare.

Laparotomie pour rupture utérine.

(1) *Monatsschr. f. Geburtshülf. und Gynaek.*, Bd 4, S. 307.

(2) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1901, p. 994.

On trouve le fœtus dans la cavité abdominale et le placenta dans la cavité utérine, adhérent à la paroi.

Examen histologique des fragments placentaires adhérents : Le *tissu musculaire* est faiblement coloré et en dégénérescence vitreuse. Dans la paroi utérine on trouve immédiatement à côté du muscle utérin, une couche fibrillaire mêlée à des globules rouges.

Plus loin, on voit les *villosités* dont le syncytium est en grande partie bien conservé. Les villosités n'ont pas pourtant le même aspect. En quelques points, elles sont entourées par la couche fibrillaire et le syncytium n'est pas visible. En d'autres points, elles sont entourées de tissu conjonctif dont les faisceaux peuvent être poursuivis jusqu'aux interstices du tissu utérin.

Entre les villosités et le muscle utérin, il n'existe nulle part de *cellules déciduales* ; la couche glandulaire a aussi complètement disparu. Les vaisseaux sont distendus, remplis et débordés par des globules rouges.

OBSERVATION XVI

(Empruntée à LEISS (1) et résumée)

Femme de trente-neuf ans.

Accouchements précédents normaux, sauf les cinquième, septième et huitième pour lesquels on doit faire la *délivrance manuelle* à cause d'hémorragies abondantes.

Onzième accouchement spontané et normal. Quarante minutes après l'expulsion de l'enfant, se produit une abondante hémorragie qui résiste à toutes les tentatives d'hémostase. On se décide alors à faire la délivrance manuelle. Le séparation artificielle du placenta est difficile et laborieuse : le placenta est en effet solidement adhérent au fond de l'utérus et près des orifices des trompes. L'hémorragie continue, beaucoup moins

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

abondante. Malgré tout, la malade meurt trois heures après l'accouchement.

Les pièces sont présentées par Léopold (1) à la même séance de la Société des Hôpitaux de Berlin.

Macroscopiquement : L'utérus est très gros, très mou. On reconnaît sur la paroi utérine la surface d'adhérence placentaire. A droite, sur l'embouchure de la trompe, on trouve plusieurs morceaux du placenta, si bien adhérents que la séparation digitale est impossible.

Microscopiquement : Quelques morceaux de ces débris placentaires avec la couche musculaire attenante sont examinés au microscope.

On voit que la *sérotine* a en grande partie disparu et se trouve remplacée par du tissu conjonctif. Les cellules déciduales et les culs-de-sac glandulaires sont entourés par ce tissu conjonctif et sont très réduits.

Les têtes des *villosités* sont enfoncées dans ce tissu conjonctif dur et filamenteux et sont intimement liées au muscle utérin.

Donc « la couche spongieuse de la sérotine manque, et, par là, la séparation spontanée du placenta n'a pu s'effectuer ».

EN SOMME. — *Délivrance artificielle nécessitée par d'abondantes hémorragies au cours de trois accouchements antérieurs. Accouchement avec grosse hémorragie consécutive que ne peut arrêter une délivrance artificielle rendue très laborieuse par les fortes adhérences du placenta. Mort.*

Lésions histologiques importantes de la sérotine. Atrophie des cellules déciduales étouffées dans un tissu conjonctif dur.

OBSERVATION XVII

(Empruntée à KONRAD HENSE (2) et résumée)

Femme de trente-trois ans.

Accouchements antérieurs normaux sauf le troisième et le

(1) *Centralblatt f. Gynaek.*, 1891, S. 648.

(2) *Zeitschrift. f. Geburt. und. Gynaek.*, 1901, p. 272.

quatrième pour lesquels on est obligé de faire la *délivrance artificielle*.

Huitième accouchement : Normal et spontané. Vingt minutes après l'expulsion du fœtus une forte hémorragie se produit. On pratique l'expression de l'utérus dont la contractilité se réveille, mais, pendant les douleurs, l'hémorragie continue assez abondante. Brusquement la patiente se cyanose, le poulx devient très petit et monte à 140, la respiration devient superficielle. La malade meurt au bout de huit heures et demie.

Autopsie : Insuffisances aortique et mitrale. Œdème pulmonaire. Hydrothorax. Hydropéricarde. Ascite. Début de péritonite.

Le placenta est dans l'utérus, en partie décollé et en partie en adhérence intime avec la paroi utérine. Insertion marginale. Entre le segment décollé du placenta et les membranes d'un côté et la paroi utérine de l'autre, il existe de gros caillots sanguins.

Examen microscopique du placenta et de la paroi musculaire au niveau des adhérences :

Les *villosités* ne présentent que très peu ou pas d'altérations.

C'est la *décidue* et surtout la *décidue sérotine* qui est la plus altérée. En effet, celle-ci manque complètement sur plusieurs points et représente un développement bien modifié là où elle existe ; elle est mince et grêle, elle ne montre plus une couche de séparation nette entre les villosités et le muscle utérin ; elle est riche en lacunes, en brèches au niveau desquelles les villosités, soit directement, soit plutôt par l'intermédiaire de leur syncytium, entrent en connexion directe avec les fibres musculaires de l'utérus. La *décidue* « prend par places un peu de largeur ; çà et là elle forme encore de petites saillies, jusqu'à ce qu'elle prenne l'aspect d'une bande mince et disparaisse ensuite brusquement comme si elle était rompue, laissant les villosités et la couche musculaire en rapport direct ».

Les cellules déciduales conservées sont petites, indistinctes ;

les noyaux n'existent plus ou bien se dessinent très mal. Le nombre des cellules est très diminué. Les glandes se reconnaissent avec beaucoup de peine.

La caduque membraneuse est moins altérée que la caduque placentaire. Elle forme une couche distincte; mais elle est très mince, très altérée et en de nombreux points contient des foyers de nécrobiose.

Nulle part on ne trouve trace d'infiltration embryonnaire ni d'extravasation sanguine.

EN SOMME.— *Délivrance artificielle nécessitée antérieurement au cours de deux accouchements. Accouchement spontané avec grosse hémorragie et phénomènes gravido-cardiaques. Mort.*

A l'autopsie : lésions cardiaques. Epanchements des séreuses. Adhérence du placenta.

Histologiquement : grosses lésions de la caduque, surtout au niveau de la sérotine. Par places disparition de la caduque avec adhérence directe des villosités avec le muscle utérin. Ailleurs lésions importantes des cellules déciduales.

OBSERVATION XVIII

(Recueillie à la clinique de M. le professeur FOCHIER et résumée par le D^r J. EDHEM à la Société d'obstétrique de Paris, du 28 mai 1903).

A. B..., quarante ans. Ovaliste.

Antécédents héréditaires : Rien à noter de particulier. Mère encore vivante. Père mort d'un accident. Une sœur morte à vingt et un ans de pneumonie. Un frère mort à quarante ans, probablement de tuberculose pulmonaire. Un autre frère vivant et bien portant.

Antécédents personnels : Pas de maladies graves dans l'enfance et l'adolescence. A vingt ans chlorose, ayant duré une année, sans troubles menstruels. Jamais de pertes blanches.

Elle ne paraît pas avoir jamais eu aucune affection génitale.

Mariée à vingt-sept ans. Mari bien portant.

Sept accouchements antérieurs, qui, comme on va le voir, se sont à peu près tous signalés par des hémorragies de la délivrance.

Premier accouchement. — Première grossesse à vingt-sept ans, en 1887. Accouchement à terme et spontané à la Maternité de la Charité. Pendant la délivrance, *hémorragie abondante* ; la *délivrance* se fit, quand même, spontanément. Enfant vivant et bien portant. Suites de couches normales.

Deuxième accouchement. — En 1888. Accouchement à terme, spontané, à domicile. Hémorragie assez abondante de la délivrance qui se fait encore seule. Enfant meurt à neuf mois, de méningite, en nourrice.

Troisième accouchement. — En 1890. Accouchement spontané assez rapide à la Maternité de la Charité. Délivrance spontanée, mais encore accompagnée d'une *hémorragie assez abondante*, quoique moins importante que les deux premières fois. Enfant mort à un mois et demi, à la Charité, de méningite.

Quatrième accouchement. — En 1892, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Accouchement spontané. Délivrance spontanée aussi, mais suivie d'une *hémorragie assez abondante*. Enfant bien portant.

Cinquième accouchement. — En 1894, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Accouchement normal. *Hémorragie de la délivrance*. Enfant mort à trois mois de méningite.

Sixième accouchement. — En 1896, à la clinique de la Charité. Grossesse normale. Accouchement spontané et normal d'un enfant de 3.970 grammes. Tout de suite après l'expulsion de l'enfant, *pertes de sang assez abondantes*. Après trois douleurs le placenta est expulsé spontanément. Il pèse 680 gr. et mesure 24/18.

Les membranes sont déchiquetées en un point auquel correspond manifestement une perte de substance. A ce niveau le tissu placentaire présente une portion indurée, formée par un cordon fibro-graisseux, d'une étendue de 4 centimètres. A

trois reprises on introduit la main dans l'utérus : *un cotylédon placentaire et des fragments des membranes étaient adhérents* à la partie postérieure et inférieure de l'utérus. Le décollement artificiel est assez difficile et laborieux, mais on finit par réussir à nettoyer toute la cavité utérine. La perte de sang est évaluée de 800 à 900 grammes.

Suites de couches normales.

Huitième accouchement. — En 1898, à la Maternité de la Charité. Accouchement spontané. *Hémorragies abondantes de la délivrance* qui nécessitent le décollement manuel du placenta. Enfant vivant.

Suites de couches normales. Depuis cette grossesse, pourtant, douleur assez accusée au niveau de la fosse iliaque gauche. Cette douleur est devenue plus intense et plus haut située au cours de la grossesse suivante.

Neuvième accouchement. — En 1901, à la clinique de la Charité. Grossesse normale, à part la douleur abdominale déjà signalée et quelques douleurs dans les cuisses, surtout pendant la nuit. Un peu de leucorrhée.

Accouchement spontané, à 3 heures du matin, le 3 décembre. On sent bien le globe de sûreté. Huit minutes après, le globe a disparu, l'utérus est mou et dépasse l'ombilic ; par l'expression abdominale, on évacue des caillots et du sang en assez grande abondance. On continue le massage et la compression de l'utérus jusqu'à ce que le placenta paraisse à la vulve, environ quarante minutes après l'accouchement. Pendant tout ce temps une seule douleur, peu intense. On amène facilement le placenta et les membranes au dehors.

L'enfant est une fille vigoureuse de 3.950 grammes.

Le liquide amniotique était normal.

Examen macroscopique du placenta : Il est circulaire, pèse 570 grammes et mesure 16/16. Cordon normal.

Du côté de la face maternelle, la caduque est enlevée par places, et sur des espaces limités comme à l'emporte-pièce les villosités sont à nu. Ces espaces, au nombre d'une vingtaine, généralement circulaires, présentent des diamètres variant

de 3 à 8 millim. et forment des depressions dont la profondeur peut être évaluée à 2 millim. 5. La caduque incisée présente une épaisseur de 2 à 3 millim. ; elle est résistante et présente des tractus fibreux passant d'un cotylédon à l'autre. Sa couleur est modifiée, elle est plus blanche qu'à l'état normal.

Du côté de la face fœtale, on note la présence d'un grand nombre d'îlots blanchâtres, situés dans le grand sinus sous-chorial. Ils sont irréguliers de forme, et présentent à peu près une épaisseur de 2 millim. 5. A la coupe, ces îlots ne se retrouvent pas dans les régions profondes du placenta.

Les membranes sont dilacérées et présentent un décollement annio-chorial complet. Elles sont épaisses et cet épaississement porte surtout sur la caduque.

A sept heures du matin on essaie de faire une premier curetage digital et on ramène un fragment placentaire assez gros, situé dans la corne droite. La parturiente supporte mal l'intervention qu'on ne pousse pas plus loin bien qu'on ait senti dans l'utérus d'autres fragments.

A dix heures du matin M. le professeur agrégé Fabre pratique un second curetage digital. Les sensations perçues pendant ce second curetage sont très particulières. On constate, sur toute l'étendue de l'insertion du placenta, la présence d'un grand nombre de débris filamenteux de 2 à 3 centim., flottant dans la cavité utérine. Le décollement d'un grand nombre de ces débris est relativement facile et on extrait de la cavité utérine une masse de lambeaux que l'on peut évaluer à 80 grammes. Au niveau des membranes la surface utérine paraît lisse. L'examen macroscopique de ces débris fait constater qu'ils sont surtout constitués par la caduque et des villosités en grand nombre.

Suites de couches : Pendant une dizaine de jours la température présente une courbe irrégulière oscillant entre 37° 5 et 38° 5. Le vingt-troisième jour on note une ascension brusque à 39° 2, et le lendemain la défervescence se fait. Depuis lors, rétablissement rapide. Sortie de l'hôpital le 22^e jour après l'accouchement, en bonne santé.

EN RÉSUMÉ. — *Huit accouchements spontanés, avec, pour tous, des hémorragies de la délivrance. Dans les cinq premiers délivrance spontanée et complète sans aucun phénomène consécutif de rétention placentaire. Dans les trois derniers délivrance artificielle. Cette délivrance est laborieuse dans deux cas, le sirième et le huitième, où l'on note une véritable adhérence du placenta avec l'utérus et où l'on doit procéder par morcellement.*

Examen histologique : Il a été pratiqué par M. Fabre et M. Edhem au laboratoire de la clinique. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématéine-éosine.

Villosités : a) Les gros troncs villex ne présentent pas d'altérations bien nettes, si ce n'est au niveau du syncytium, qui, sur une assez grande étendue de la périphérie, est remplacé par une couche de fibrine, colorée en rose sale par l'éosine. Cette couche, irrégulière comme épaisseur, présente en certains points des sculèvements, au niveau desquels les noyaux de la couche plasmodiale sont réunis en amas de trois ou quatre, irrégulièrement disposés. La couche de fibrine sépare le tissu fœtal du sang maternel.

Le stroma du chorion présente une disposition fibrillaire peut-être plus accentuée que normalement.

b) Dans les troncs villex moyens, le syncytium est normal. Sa couche protoplasmique est mince, les noyaux sont régulièrement disposés. Les vaisseaux sont normaux. Mais le chorion présente des noyaux en plus grand nombre que normalement et de plus grand volume.

c) Les villosités les plus fines présentent un chorion très nucléé.

Caduque placentaire : La caduque placentaire est très irrégulière. Elle est constituée par un tissu au niveau duquel les cellules déciduales, de volume inférieur au volume normal, sont séparées par une substance intercellulaire abondante, colorée en rose pâle par l'éosine. Le noyau de la cellule est assez bien coloré, le corps protoplasmique présente des gra-

nulations assez nombreuses, avec des vacuoles ; et entre toutes les cellules on retrouve cette substance intercellulaire, analogue à de la fibrine et cloisonnant les éléments.

En certains points, les cellules déciduales ont disparu et on ne trouve plus que quelques vestiges nucléaires, englobés par la couche du tissu intercellulaire, devenu prédominant. Dans ces amas, à peine quelques cellules déciduales sont-elles restées normales. Nulle part on ne trouve d'amas de leucocytes.

Du côté du sinus sanguin, les villosités restent à distance de la caduque. En d'autres points, les villosités en contact avec la caduque perdent leur syncytium, et la substance intercellulaire qui forme la grande partie de la caduque, se met en continuité avec celle qui entoure les villosités.

Dans les points où, macroscopiquement, on avait constaté de ces arrachements de la caduque en forme d'emporte-pièces, les villosités sont libres, mais à ce niveau, il y a une dépression indiquant d'une façon très nette que la caduque, restée adhérente, a entraîné avec elle un certain nombre de villosités.

Caduque intraplacentaire : La caduque intraplacentaire, examinée dans les septa, au voisinage de la caduque séroline, présente des altérations qui vont en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de la face maternelle. Les cellules ont leur volume normal, mais, entre elles, il existe toujours une substance intercellulaire abondante, constituée par des fibrilles limitant des alvéoles. Dans celles-ci, on trouve quatre ou cinq cellules tassées les unes sur les autres, de dimensions moindres que normalement, d'aspect vacuolé et à noyaux se colorant mal. Et autour du prolongement intracotylédonaire de la caduque, on trouve toujours cette couche de tissu intercellulaire dense, limitant les sinus sanguins.

Membranes : Au niveau des membranes, l'amnios manque dans toute l'étendue des préparations. Là encore, la caduque (fig. III et IV) présente des altérations très nombreuses. Au voisinage du chorion, les cellules de la caduque sont très irrég-

gulières, petites et représentées seulement par des noyaux ou des débris de noyaux (fig. III 2) se colorant très mal, et par places on retrouve ce tissu intercellulaire amorphe (fig. III 3), au sein duquel les cellules déciduales diminuent en nombre, s'atrophient, dégénèrent et disparaissent, laissant la place libre au tissu intercellulaire, qui arrive à former une couche dense et compacte. Du côté de la surface de séparation, les cellules déciduales ont subi une dégénérescence vitreuse très marquée, et les noyaux ne se colorent plus avec élection. Mais nulle part on ne trouve d'amas de leucocytes. Les vaisseaux déciduaux sont normaux, l'endothélium n'est pas proliféré.

En somme, au niveau des membranes, la caduque présente deux aspects bien particuliers. Au niveau du chorion les cellules déciduales sont peu altérées, elles sont petites et un peu irrégulières. Mais peu à peu on assiste sur le champ du microscope aux différentes phases (fig. III) dans lesquelles ces cellules, englobées par le tissu intra-cellulaire de plus en plus prédominant, s'atrophient, dégénèrent et disparaissent, alors que le tissu inter-cellulaire prend leur place. D'ailleurs, c'est là, croyons-nous, toute l'explication du processus adhérentiel.

EN RÉSUMÉ. — *Du côté du placenta fœtal, pas d'altérations vasculaires. Le syncytium seul porte, en certains points, des régions proliférées au niveau desquelles la fibrine s'est déposée.*

Les lésions portent principalement sur la caduque et on peut les observer au niveau de la sérotine, au niveau de la caduque membraneuse et au niveau de la caduque intraplacentaire, avec prédominance dans les deux premières.

Les villosités, au voisinage de la caduque sérotine, sont distantes de ce tissu et ce n'est que par points que l'on trouve des adhérences entre les villosités et la caduque.

OBSERVATION XIX (personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé FABRE, supplée par M. VOROX.)

M. V..., trente-cinq ans, entrée à la Maternité le 20 août 1903.

On ne trouve aucun antécédent héréditaire à noter.

Reglée à dix-huit ans, elle l'a toujours été d'une façon normale. Pas de maladies à relever dans ses antécédents, sauf, vers l'âge de dix-huit ans, état anémique avec palpitations, dyspnée d'effort, céphalées, etc., ayant duré deux ou trois ans.

Pas de fausses couches. Pas d'anamnesticques ni de stigmates de syphilis.

Premier accouchement, il y a trois ans, sur lequel on n'a pas de renseignements précis. On fit une application de forceps et l'enfant vint mort. La délivrance fut normale, spontanée, sans hémorragie. C'est là tout ce qu'on peut tirer de la parturiente qui est Italienne, comprend et parle mal le français.

On ne trouve rien de pathologique à l'examen de la femme. Rien au cœur. Rien aux poulmons. Pas d'albuminurie.

Grossesse actuelle a été à peu près normale : elle est actuellement à terme. Pas de douleurs à noter durant son évolution. On relève seulement pendant les cinq derniers mois de *petites hémorragies*, peu abondantes, durant trois ou quatre jours et survenant toutes les deux ou trois semaines. Jamais l'importance n'en a été inquiétante.

Les douleurs ont commencé le 20 août à 6 heures du matin. Douze heures après la parturiente entrain à la salle des douleurs avec un col dilaté à cinq francs. L'enfant se présentait par le siège, mode complet.

Les douleurs persistèrent, plus ou moins espacées et fortes jusqu'au surlendemain 22 août. La dilatation n'avancait que très peu : la présentation restait élevée, ne s'engageait pas. Les bruits du cœur allant bien, on attendit.

Le 22 au soir, à 7 heures, les bruits du cœur fœtal faiblisant, on se décide à intervenir : Rupture digitale des membranes. Dilatation artificielle du col. Grande extraction par le siège. L'intervention ne présente rien de spécial.

Mais, sitôt l'accouchement terminé, une hémorragie très abondante se produit, nécessitant la délivrance artificielle immédiate.

En introduisant alors la main dans l'utérus, M. Voron a la sensation que celui-ci est rempli, en même temps que de caillots, de fragments déchiquetés, encore adhérents à l'utérus, entre lesquels il est très difficile de faire la part de ce qui revient au placenta et de ce qui appartient aux membranes. Il semble que le placenta se soit étalé, en s'aminçissant, sur le fond et les parois de l'utérus au-dessus du segment inférieur. En tout cas la sensation perçue ne ressemble en rien à celle qu'on éprouve en pratiquant une délivrance artificielle dans les conditions habituelles. On entreprend le décollement des lambeaux qui remplissent ainsi la cavité du corps utérin ; on ne peut les détacher que fragments pas fragments et en grattant avec l'ongle, tellement l'adhérence au tissu utérin est intime. Ce morcellement, fait pendant que la femme saigne abondamment, demande au moins sept minutes. Encore est-on obligé de ne vider qu'incomplètement l'utérus qui reste absolument inerte, devant la nécessité où l'on se trouve de faire de la compression hémostatique avec le poing. L'hémorragie continue en effet abondante et l'on a l'impression de la mort imminente de la malade. On fait une piqûre d'ergotinine et sous la double influence de l'ergot et de la compression, l'utérus se contracte enfin brusquement et l'hémorragie s'arrête. Au cours de cette délivrance on a bien l'impression d'une adhérence réelle et pathologique du placenta et des membranes.

Le délivre extrait pèse 340 gr. et présente un aspect tout à fait caractéristique : Placenta mince et étalé ; membranes, au contraire, épaisses et dures, — le tout déchiqueté en de multiples lambeaux et d'apparence blanchâtre.

On fait, à la suite de cette hémorragie, une injection de 1.000 gr. de sérum ; le pouls, devenu incomptable, se relève.

Dès le lendemain soir la température montait à 39°8. On notait des frissons, de la douleur à l'exploration de l'utérus, de la fétidité des lochies, de la rapidité du pouls. L'infection, ainsi déclarée, dura deux semaines avec, pendant quatre jours, des températures supérieures à 39°, puis le reste du temps avec des maxima vespéraux autour de 38° 8. On fit alors des injections intra-utérines bi-quotidiennes. Deux abcès de fixation furent pratiqués dans les flancs.

Vers le 20 septembre la malade sortait guérie.

Examen histologique (1) (pratiqué par M. le professeur agrégé Fabre).

A. *Caducue sérotine* (fig. I). — Les lésions principales révélées par l'examen histologique portent sur la caduque inter-utéro-placentaire qui présente une épaisseur environ dix fois plus considérable que dans les cas normaux. Cette couche peut être divisée en trois parties ou couches.

1° Une couche située à la limite du sinus sanguin maternel (b).

2° Une couche intermédiaire présentant des cellules déciduales très altérées (c).

3° Une dernière couche voisine du plan de clivage présentant un aspect différent des deux autres (d).

A elles trois, ces couches ne ressemblent en rien à l'aspect que l'on observe dans la caduque inter-utéro-placentaire normale.

1° *Couche limitant le sinus maternel* : Elle se colore en gris rose par l'hématéine-éosine et correspond à la couche albumineuse de la caduque. La limite du côté du sinus est peu nette, formée par une ligne irrégulière, mais cependant les villosités, qui arrivent à son contact, sont normales et ne paraissent pas faire corps avec elle.

(1) Je remercie bien vivement mon aimable ami Favre, qui a bien voulu mettre à mon service, pour la préparation des coupes, sa grande compétence en travaux histologiques.

A son niveau les cellules déciduales manquent presque totalement (2). Pourtant, dans son épaisseur, on voit de loin en loin, mais très espacées, quelques cellules déciduales avec leur gros noyau et leur forme caractéristique, mais le protoplasma est granuleux, le noyau bourgeonnant et présentant de loin en loin un aspect vitreux.

Dans l'épaisseur de cette couche albumineuse on trouve de petites lacunes qui semblent correspondre aux points où existaient antérieurement des cellules déciduales qui ont subi une désintégration plus complète et dont le noyau est à peine visible (2).

Cette couche a, à elle seule, l'épaisseur de la couche de caduque éliminée normalement avec le placenta.

2° *La couche intermédiaire* se rapproche par son aspect de la couche de caduque normale, mais ce qui la caractérise, c'est : a) l'aspect fusiforme des éléments déciduaux ; b) l'irrégularité de leur disposition ; c) la présence dans cette couche de nombreux vaisseaux.

a) Les cellules déciduales, tassées les uns contre les autres, ont des dimensions longitudinales beaucoup plus considérables que les transversales. Le noyau remplit presque complètement l'élément ; il est bourgeonnant. Dans certains éléments il paraît réduit à un vestige très peu apparent. Le protoplasma est trouble, granuleux.

a) Les cellules déciduales, tassées les unes contre les autres, tourbillons irrégulièrement disposés, à directions variables. Autour des vaisseaux, elles sont en contact avec la paroi vasculaire, mais ici les noyaux paraissent avoir disparu plus fréquemment. Autour des vaisseaux on ne note pas d'infiltration particulière.

c) Les vaisseaux se présentent sous forme de fentes irrégulières. L'endothélium n'est pas proliféré.

En certains points de cette couche intermédiaire, les cellules déciduales ont complètement disparu et on ne trouve qu'une substance légèrement fibrillaire, sans éléments cellulaires.

Ailleurs, les cellules, au lieu d'être en contact sur toute leur étendue, sont séparées par des espaces dont l'existence est due aux procédés de préparation, les éléments ayant subi une rétraction qui les a disjoint.

d) *Dans la couche la plus profonde*, au niveau du plan de clivage, l'aspect est encore différent. Cette couche examinée à un faible grossissement prend une coloration gris bleuté générale mais les éléments cellulaires sont ici en bien plus grand nombre que dans la couche albumineuse.

La surface de cette couche profonde est irrégulière, forme des bosselures qui donnent à la caduque une épaisseur très variable suivant les points considérés.

Le tissu est constitué pour une substance intercellulaire abondante, dans l'épaisseur de laquelle on trouve des points correspondant à des débris nucléaires très altérés (2). On trouve des cellules déciduales à différents degrés de désintégration en nombre moins grand que dans la couche intermédiaire, mais beaucoup plus grand que dans la couche albumineuse.

Les limites de ces trois couches sont très nettes, visibles surtout à un faible grossissement et caractérisées par les changements de coloration du tissu.

B. *Placenta fœtal*. — Il ne présente pas d'altérations nettes. Les gros troncs villex ne présentent ni artérite ni périphlébite.

Les villosités terminales seront recouvertes par un syncytium continu. A son niveau on ne note pas de prolifération anormale. Pas de dépôts fibrineux plus abondants que normalement.

C. *En aucun point on ne voit d'éléments musculaires*. Les coupes ont été faites en prélevant des fragments en plusieurs points de la surface maternelle du placenta. Dans un certain nombre de points, la caduque manque et les villosités sont à nu. La caduque est restée adhérente au muscle utérin. Mais dans la majorité des fragments on retrouve la caduque sur toute l'étendue de la coupe telle qu'on vient de la décrire, et il

est possible que la caduque existât entre le placenta et le muscle dans toute l'étendue de l'insertion, et que dans tous les points où l'examen histologique ne permet pas de la retrouver, c'est que le plan de clivage a passé entre les villosités et la caduque. Nous ne saurions pourtant l'affirmer et peut-être les coupes où les villosités sont à nu correspondent-elles à des points où la caduque manquait réellement, comme dans le cas de Hense.

EN RÉSUMÉ. — *Grossesse ayant présenté de petites hémorragies au cours des derniers mois. Grosse hémorragie de la délivrance. Délivrance manuelle très laborieuse à cause de larges adhérences placentaires.*

Placenta mince étalé, blanchâtre. Membranes très épaissies.

Histologiquement : grosses lésions de la caduque inter-utéro-placentaire dont l'épaisseur est décuplée. Cellules déciduales très altérées dans la forme et l'aspect de leurs éléments constituant. Un grand nombre d'éléments déciduaux ne sont plus reconnaissables qu'à des débris de noyaux. Substance intercellulaire considérable et provenant probablement des restes du protoplasma.

CONCLUSIONS

I. — Il faut entendre par adhérences vraies du placenta celles où la fusion des tissus placentaire et utérin est si intime qu'elle s'oppose au clivage physiologique de la délivrance normale, rend très laborieuse la délivrance artificielle que la main ne peut effectuer que par broiement des tissus adhérents.

II. — Ces cas d'adhérences vraies sont une rareté. Il faut bien entendu les distinguer des cas d'adhérences physiologiques souvent observées au cours de l'avortement et aussi des cas d'adhérences parfois très solides souvent rencontrées au niveau des orifices tubaires sur des placentas très facilement décollables sur tous les autres points.

III. — Ces adhérences placentaires se répètent avec une fréquence tout à fait remarquable chez une même femme au cours de grossesses successives. Elles ne peuvent se diagnostiquer qu'au moment même de la délivrance. Elles sont la cause à ce moment-là d'hémorragies très redouta-

bles, parfois mortelles. Les suites de couches sont, dans un grand nombre de cas, signalées par des infections assez graves.

IV. — Les lésions histologiques qui occasionnent l'adhérence sont à peu près uniquement localisées au niveau de la caduque ; elles sont caractérisées essentiellement par la désintégration des cellules déciduales qui se trouvent emprisonnées dans une surproduction de tissu intercalaire. Les cellules peuvent complètement disparaître. La caduque, dans certains cas, est réduite à rien.

V. — La cause de ces lésions doit être recherchée dans une insuffisance naturelle ou acquise de la muqueuse utérine devenue incapable de fournir les frais de la constitution et de l'évolution d'une caduque normale.

Quand cette insuffisance est acquise, elle résulte de l'adultération de la muqueuse par une inflammation, un traumatisme obstétrical, un surmenage fonctionnel anciennement supportés.

La caduque formée par cette muqueuse ainsi insuffisante peut manquer à peu près complètement, ou bien être très atrophiée soit dans sa totalité, soit dans *ses éléments nobles, cellulaires* dont la disparition laisse la place libre à la prolifération parfois exubérante d'un tissu compact de remplissage.

L'adhérence se trouve alors produite suivant le cas par les connexions intimes des villosités et du muscle ou bien par la présence entre ces deux tissus d'un ciment solide formé par la caduque très modifiée.

VI. — Le traitement unique consiste dans la délivrance manuelle qui est dans ces cas très laborieuse et doit opérer par morcellement, par broiement, par peignage.

On doit traiter l'anémie post-hémorragique et se méfier des complications septiques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

M. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ADAMI. — Die Resorption der Placenta, Wurtzburg, 1835.
2. ALEXANDROW. — *Centralblatt f. Gynäk.*, 1901, p. 994.
3. AUVARD. — Travaux d'Obstétrique, 1889, t. I, art. VI.
4. — Traité pratique des accouchements, 1890, chap. Adhérences du Placenta.
5. BARNES. — Traité théorique et clinique d'obstétrique, trad. Cordes, 1886.
6. BERGMANN. — De Placentæ fœtatis resorptione, 1838.
7. BERRY HART. — *Edinburgh medical Journal*, mars 1839.
8. BRACHET. — *Revue Médicale*, 1828, Etude sur les Placentites.
9. BRAUN. — Braun's Lectures, 1869.
10. BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale, 1889.
11. CHARLES. — *Journal d'Accouchements de Liège*, octobre 1901.
12. CHARPENTIER. — Des maladies du placenta et des membranes, 1869.
13. — Traité pratique des accouchements, 1889.
14. DELORE. — Art. Placenta du dict. Dechambre, 1885.
15. DITHURBIDE. — *Revue clinique franç. et étrangère*, 1851, n° 4.
16. D'OUTREPONT. — *Neue Zeitschrift. f. Geburt.*, t. II.
17. DUBOIS. — Dict. en 30 vol. Art. Délivrance, 1835.
18. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1853, p. 257.
19. EDHEM. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, mai 1903.
20. FABRE. — Des modif. du plac. dans la cavité utérine, *Bull. Ac. méd.*, 31 octobre 1899, t. XLII.
21. FOCHIER. — De la Caduque, thèse de Paris, 1870.
22. GUÉNIOT. — *Arch. de Tocologie*, 1874, t. I.
23. GUILLEMEAU. — Œuvres de chirurgie, 1648.
24. HEGAR. — Path. u. Therap. der Placentaretention, 1862.
25. HENSE. — *Zeitschrift. f. Geburt. Gynäk.*, 1901, Bd XLV.

26. KALTENBACH. — *Volkmann's Samml. klin. Verträge*, 1887, n° 295.
27. JACQUEMIER. — *Manuel des Accouchements*, 1846.
28. LANGHANS. — *Arch. f. Gynäk.*, Bd 8, S. 287.
29. LEISS. — *Centralblatt. f. Gynäk.*, 1891, S. 648.
30. LEOPOLD. — *Centralblatt. f. Gynäk.*, 1891, S. 648.
31. MARCHALL. — Art. Placenta du dict. Jaccoud, 1880.
32. MARTIN. — *Beitrage zur Gynäk.*, 1848, fasc. I.
33. MASSEN. — *Journ. d'Accouch. de Saint-Petersbourg*, mai et juin 1897.
34. NÖGELÉ. — *Heidelberg klinische Annalen*, t. IV et t. VII.
35. NÖGELÉ ET GRENSER. — *Traité pratique de l'art des Accouchements*, trad. Aubenas, 1869.
36. NEUMANN. — *Monatschrift f. Geburt. u. Gynäk.*, octobre 1896.
37. OSIANDER. — *Gemeinsame deutsch. Zeitschrift. f. Geburt.*, t. VII, fasc. 4.
38. OLAVIDE. — *Gaz. med. de Paris*, 1848, n° 3.
39. PLAYFAIR. — *Traité théor. et prat. de l'art. des Accouch.*, trad. Vermeil, 1879.
40. RÖDERER. — *Eléments de l'art des Accouch.*, 1765.
41. ROBIN. — *Arch. de Médecine*, 1854, 5^e sem., t. III. Notes sur les altérations du placenta.
42. SCANZONI. — *Lehr. der. Geourt.*, 1867, t. III.
43. SCHROEDER. — *Lehr. der. Geburt.*, 1880.
44. SIMPSON. — Clinique obstétr. et gynéc., trad. Chantreuil, 1874.
45. SPIEGELBERG. — *Würtz., méd. Zeit.*, 1861.
46. TARNIER ET BUDIN. — *Traité de l'art des Accouchements*, 1901.
47. VILLENEUVE. — De l'absorption du placenta, *Gaz. méd.*, Paris, 1837, n° 27.

